



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La sanità, i nodi

Sos tumori: resta l'allarme, fuga in altre regioni

Mortalità e incidenza sopra la media, aumenta la mobilità di pazienti che scelgono di curarsi altrove

Resiste in provincia di Caserta una percentuale sopra la media regionale e nazionale di incidenza di patologie neoplastiche ma sale anche il numero di pazienti che preferiscono affidarsi alle cure di altre strutture fuori regione alimentando la mobilità sanitaria verso l'esterno. Il dato emerge dalla relazione allegata all'atto aziendale dell'Aorn «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta approvato in via definitiva dalla Regione e pubblicato sul Burc. «Tale popolazione - si legge nel documento - un bacino di oltre un milione di abitanti, è collocata su un territorio che, secondo i dati pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, sulla scorta delle rilevazioni ambientali effettuate, fa registrare un'elevata mortalità per patologie neoplastiche e una maggiore prevalenza alla nascita di malformazioni congenite (Rapporti Istisan 15/27: mortalità, ospedalizzazione e incidenza tumorale nei comuni della terra dei fuochi in Campania, relazione ai sensi della Legge 6/2014). In quest'area geografica ben circoscritta, si è riscontrato un eccesso di mortalità, rispetto alla media regionale, per diversi tipi di tumore: tra gli uomini (+9%), per tumori dello stomaco, del fegato, del polmone, della vescica, della laringe e per leucemie; nella popolazione femminile (+4%), per tumori dello stomaco, del fegato e per linfomi non Hodgkin. Relativamente ai neonati nel primo anno di vita, invece, si registra il 12% in più di decessi ed una ospedalizzazione più bassa (86%) rispetto ai dati attesi». Nel 2013, inoltre, si è riscontrato un elevato numero di accessi ospedalieri di bambini di età inferiore ai 16 anni, con 1.324 ricoveri chirurgici per far fronte ai quali si è dovuto ricorrere a strutture sanitarie della provincia di Napoli o di fuori regione.

I posti letto

Con la disciplina regionale in campo ospedaliero-sanitario e assistenziale (33/2016) sono stati assegnati alla provincia di Caserta 2.766 posti letto, di cui 1.752 pubblici e 1.014 privati in strutture convenzionate. In ospedale attualmente sono disponibili 539 posti letto su

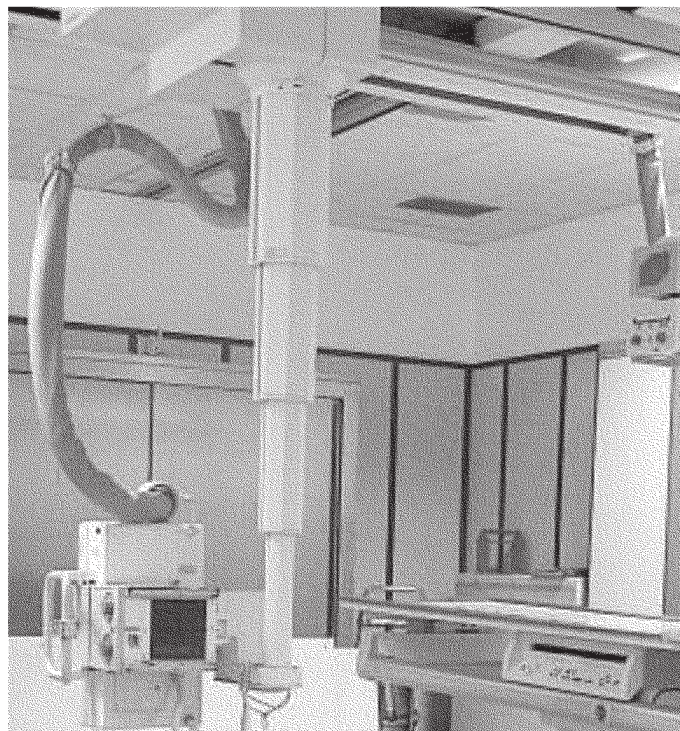
un totale programmato di 624. «Per l'anno 2015 il numero dei ricoveri ad alto rischio di non appropriatezza, in regime ordinario, massimo un giorno e DH previsti, è stato di 5.938». Ancora troppo alto però è il numero dei parti cesarei su cui gli stessi commissari regionali alla sanità, Joseph Polimeni e Claudio D'Amario - su specifica direttiva del ministro della Sanità Beatrice Lorenzin - hanno richiamato i manager a una più stretta vigilanza e a ridurre il volume di intervento. Nel 2015, per esempio, i parti effettuati presso l'azienda ospedaliera di Caserta sono stati 1.453, dei quali 916 parti spontanei (625 parti spontanei in donne primipare e 291 parti spontanei in donne pluriipare) e 537 tagli cesarei (nello specifico 243 tagli cesarei pregressi e 294 tagli cesarei in primigravida). «Pertanto - evidenzia la relazione tecnica - il numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo è stato di 294 su 1.210 parti totali (con una percentuale del 24,3%). Il numero dei tagli cesarei su pregressi cesarei è stato di 243 per un totale di 1453 parti».

Mobilità extra-regionale

Resta alto infine il flusso di pazienti in mobilità extra-regionale: da Caserta emigrano in media 15.477 pazienti (di cui la metà diretti in strutture del Lazio, la parte restante suddivisa tra Molise, Toscana, Emilia Romagna e Lombardia) un «indice di fuga certificato anche dall'Istat»: si scappa, insomma, principalmente da Caserta, Cosenza, Reggio Calabria, Salerno e Napoli e si fa a gara per ricoverarsi a Milano, Roma, Bologna, Verona e Pisa.



Stop cesarei
Ancora elevato il numero di parti cesarei all'ospedale di Caserta



Il contenzioso

Appalto lumaca paga sempre l'Asl

Appalti lumaca, viaggia verso i quattro anni la gara bandita dall'Asl Caserta per i servizi assistenziali, socio sanitari, alberghieri e manutentivi presso l'ospedale di Piedimonte Matese. E potrebbe non essere finita qui, perché dopo una spirale fatta di ricorsi, appelli, subentri, revoche e ancoraricorsi l'ultima pronuncia da parte del Tar Campania potrebbe essere impugnata dinanzi al Consiglio di Stato. Dopo due anni la vicenda è ancora al vaglio dei giudici amministrativi a causa di un continuo ping pong di carte bollate.

> Zampelli a pag. 21

L'analisi su assistenza e frequenza di patologie: elevata l'incidenza di tumori, troppi parti cesarei

Sos sanità, la fuga dei pazienti

Dossier Istat e Iss: aumenta in provincia di Caserta la mobilità verso gli ospedali del centro-nord

Resiste in provincia di Caserta una percentuale sopra la media regionale e nazionale di incidenza di patologie neoplastiche ma sale anche il numero di pazienti che preferiscono affidarsi alle cure di altre strutture fuori regione alimentando la mobilità sanitaria verso l'esterno. Il dato emerge dalla relazione allegata all'atto aziendale dell'Aorn «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta approvato in via definitiva dalla Regione e pubblicato sul Burc. «Tale popolazione - si legge nel documento - un bacino di oltre un milione di abitanti, è collocata su un territorio che, secondo i dati pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, sulla scorta delle rilevazioni ambientali effettuate, fa registrare un'elevata mortalità per patologie neoplastiche e una maggiore prevalenza alla nascita di malformazioni congenite.

> A pag. 21

Conti pubblici

Stretta sull'evasione Iva e nuovi tagli alla spesa

► Oggi incontro Padoan-Gentiloni per decidere la risposta a Bruxelles

► Allo studio anche web tax, ritocchi alle accise e giro di vite sui ministeri

LE MISURE

ROMA Non esiste una manovra finanziaria che non abbia qualche effetto negativo sull'economia, e meno che mai una che sia politicamente indolore. Ma in vista della scadenza di mercoledì, quando bisognerà inviare la risposta alla lettera della commissione Ue sui conti pubblici italiani, il governo cerca di avvicinarsi il più possibile a questo obiettivo ideale. Da una parte, cercando di ridurre il più possibile l'entità della effettiva correzione (dai 3,4 miliardi chiesti da Bruxelles) e di canalizzarne alcune parti verso il futuro attraverso il prossimo Documento di economia e finanza. Dall'altra distribuendo il peso dell'intervento su una serie di misure possibilmente non invasive sia sul lato delle spese che su quello delle entrate, concentrandosi in questo ultimo ambito sull'ampio bacino dell'evasione Iva.

INTERVENTI INDOLORI

La decisione è comunque più politica che tecnica: a partire da oggi Gentiloni e Padoan valuteranno cosa scrivere nella missiva di replica da indirizzare alla commissione e innanzitutto dovranno decidere se accettare l'idea di realizzare un intervento correttivo. Una volta accantonata l'ipotesi di tendere duro rischiando l'avvio di una procedura per deficit eccessivo (ipotesi che comunque non è ancora del tutto esclusa) si stabilirà quali provvedimenti concreti indicare, attingendo all'ampio menu messo a punto dal ministero dell'Economia. La partita aperta con Bruxelles sul tema delle spese per i terremoti potrebbe contribuire a ridurre la cifra finale.

Tra i capitoli chiave c'è proprio l'Iva. L'idea di far scattare una parte limitata degli incrementi di aliquota previsti come clausola di

salvaguardia e fin qui congelati non avrebbe gravi controindicazioni economiche in una fase di inflazione nulla o sottozero, ma sarebbe ben più difficile da digerire politicamente. L'obiettivo è invece tentare di allargare ancora il recupero di un'imposta ampiamente

SI VALUTA L'ESTENSIONE A NUOVI SETTORI DEL "REVERSE CHARGE" PER RECUPERARE GETTITO CHE ADESSO SFUGGE AL FISCO

evasa nel nostro Paese, come sottolineano i vari organismi internazionali. Nell'ultima legge di bilancio erano state rese più frequenti le comunicazioni per gli operatori, ora potrebbero essere ripresi in mano strumenti già adoperati in precedenza, quali il *reverse charge* e lo *split payment*. Nel primo caso si tratta di spostare l'onere di versare l'Iva dal venditore all'acquirente (esclusi i consumatori finali). In questo modo gli importi dovuti arrivano subito allo Stato, senza correre il rischio di perdersi in mille rivoli tra adempimenti e compensazioni, eventualmente anche fraudolente. Il meccanismo è già applicato all'edilizia, alle pulizie ed alle vendite di pc: l'Italia potrebbe provare ad allargarlo ad altri settori come la grande distribuzione (questa estensione, da cui erano attesi circa 700 milioni, a suo tempo era stata però bocciata proprio dalla Ue). Similmente con lo *split payment* l'imposta dovuta dai fornitori delle pubbliche amministrazioni viene parcheggiata su un conto separato e girata al fisco direttamente da queste ultime.

SPAZI RIDOTTI

Altri interventi sulle entrate potrebbero includere ritocchi mirati alle accise, ad esempio sul fumo, o al sistema dei giochi, e la revisione

di alcune agevolazioni fiscali, in anticipo rispetto alla prevista revisione strutturale delle tax expenditures. Ma anche quest'ultima materia è politicamente sensibile, perché togliere uno sconto fiscale pur se limitato provoca di solito la reazione della categoria interessata. Il governo inoltre pare intenzionato a sollecitare la commissione sul tema della tassa per i colossi del web, da applicare eventualmente nel nostro Paese in attesa della regolamentazione comunitaria. E non si esclude qualche spostamento delle scadenze della rotamazione delle cartelle Equitalia.

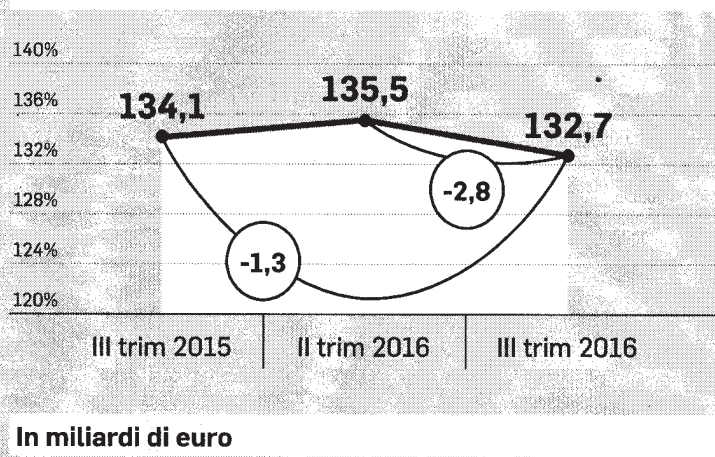
Più indolori sulla carta appaiono i possibili tagli, che andrebbero nuovamente a incidere sui bilanci dei ministeri ai quali è stato chiesta una cura dimagrante con quasi tutte le ultime manovre.

L. Ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il debito pubblico italiano

In % del Pil



In miliardi di euro

600 EURO PER CURARE L'EPATITE C

In India, con i turisti del superfarmaco

DAL NOSTRO INVIATO
MICHELE BOCCI

È ^{GURGAON}BUIO quando il pullman con la scritta *tourist* supera il cancello dell'ospedale. Fuori c'è il traffico di Gurgaon, città satellite di Delhi, in India. Le dodici persone che scendono, con lo zaino in spalla e l'aria spaesata, sono italiane. Le cartelle cliniche che hanno con sé parlano di positività al virus dell'epatite C. Da giorni pensano solo a questo momento. Poco dopo escono dall'ambulatorio con la prescrizione dell'agognato rimedio contro l'epatite C.

Il reportage

I turisti del superfarmaco

In India con i malati di epatite C “Qui per curarci bastano 600 euro

DAL NOSTRO INVIATO
MICHELE BOCCI

GURGAON (INDIA). È quasi buio quando il pullman bianco con la scritta *tourist* supera il cancello del Medanta, 16 piani di ospedale privato affollati come la stazione Termini all'ora di punta. Fuori c'è il traffico di Gurgaon, città satellite di Delhi dove il viavai di macchine, pedoni e motorini ricorda quello di uno stadio nel post partita. Salvo che va avanti per tutto il giorno e va moltiplicato per le centomila strade di una megalopoli da 16 milioni di abitanti, dove le clacsonate continue diventano un'unica grande sirena sempre accesa. In più in giro ci sono mucche, cinghiali, cani, scimmie. È lontanissima in ogni senso la provincia italiana da cui provengono le dodici persone che stanno scendendo dal

bus, zaino in spalla e aria spaesata. Sui loro passaporti c'è scritto questura di Livorno, Latina, Cagliari, Bologna, Pisa, Nuoro, Roma, Aosta; le cartelle cliniche che hanno con sé parlano di positività al virus dell'epatite C.

Si fanno largo nella hall del Medanta fino agli ascensori. All'undicesimo piano le attende un epatologo, il dottor Newrai Saraf. Da giorni tutti pensano solo a questo momento, e ora che è arrivato l'emozione fa sudare le mani. «La malattia non è grave ma il farmaco ci vuole, consiglio 12 settimane di trattamento. Ha ottime possibilità di guarire». Lo sguardo del medico passa dal paziente allo schermo del portatile, dove controlla i risultati degli esami arrivati via mail. Non indossa il camice, è rassicurante e sintetico, forse un po' avaro di sorrisi.

Ma che importa, dopo appena dieci minuti si esce dal piccolo ambulatorio con la prescrizione dell'agognato rimedio, in questo caso un generico del prodotto di marca Harvoni di Gilead, che unisce i principi attivi sofosbuvir e ledipasvir. In tre mesi fa sparire il virus. Poco importa ai malati che studi recenti abbiano segnalato alcuni effetti collaterali in casi trattati con i nuovi medicinali.

«Finalmente. Non potete immaginare quanto ho atteso questo momento». Giovanni Campus, di un paese della costa livornese, è raggiante. «Da ragazzo ho avuto un periodo sesso droga e rock'n'roll e devo essere stato contagiato allora. Sono decenni che convivo con l'intruso e finalmente è il momento di liberarmene». L'epatite si trasmette attraverso il sangue, soprattutto a contatto con aghi e siringhe infetti. Tra i turisti sanitari italiani seduti in sala d'attesa, che i pazienti indiani osservano con una certa curiosità, c'è anche chi chiama il virus «Alien» o «la miccia della bomba». Non tutti hanno voglia di rendere pubblica la loro storia, c'è chi lavora in bar o alimentari («I clienti non capirebbero, si spaventerebbero e perderei il posto») e chi semplicemente non ha detto nulla a nessuno («I miei genitori non sanno nemmeno che sono qui»).

Quella che in Italia è una chimera per migliaia di malati, in India è una cura accessibile, soprattutto per chi proviene dai Paesi occidentali. Questione di soldi. Da noi, chi non rientra nei criteri di Aifa perché non è abbastanza grave (cioè l'infezione non ha ancora portato a cirrosi o altri problemi importanti) deve aspettare o pagare privatamente un prezzo proibitivo: circa 80mila euro. Nel secondo Paese più popoloso del mondo, invece, il medicinale in farmacia ha un prezzo equivalente a 600 euro. Chi viene ad acquistarlo e lo trasporta in Italia non commette alcuna irregolarità, purché abbia la ricetta di un medico locale e ovvia-

mente le dosi per un solo trattamento.

E così stanno nascendo i «gruppi vacanze epatite C», come quello che è appena uscito dall'ospedale di Gurgaon e in pullman si dirige verso una piccola farmacia, dove uno alla volta i malati in trasferta sfileranno dai marsupi banconote da 50 e 100 euro. «Non chiamiamolo viaggio della speranza, ma della guarigione», dice una di loro guardando fuori mentre il bus riparte verso l'albergo.

A organizzare tutto è l'agenzia italiana Arimedio, che ha già portato in India più di cento persone. Chiede circa 500 euro per il servizio, così per tutto il viaggio, medicinali compresi, si spendono più o meno 2.300 euro a testa. I malati stavolta sono dodici, alcuni con un accompagnatore, il marito o la moglie. È un numero record. L'India non è più una strada per pochi, viaggiatori esperti disposti ad affrontare un viaggio di 6mila chilometri senza temere truffe e imprevisti. Adesso è un'opzione anche per chi non ha mai preso un aereo in vita sua.

A rompere l'argine sono stati la pressione dei pazienti, ma anche il via libera dei medici. Molti dei malati-viaggiatori dicono che è stato proprio lo specialista a suggerire loro questa strada. «Al telefono mi ha detto: "Vai vai, ma mi raccomando: io non ti ho consigliato niente"», spiega Pierpaolo Congiu, che vive in un paese in provincia di Nuoro e sospetta di aver preso l'epatite C dal dentista poco tempo fa. «Se i dottori mi seguiranno quando torno in Italia con il medicinale indiano? Mica possono buttarli giù dalle scale dell'ospedale».

Il programma è quasi da tour operator, se non fosse per quella visita al Medanta. Partenza da Roma e arrivo a Delhi il lunedì. Una doccia, il pranzo e poi via a prendere il farmaco. Martedì giro della città: visita alla grande moschea Jama Masjid e alla tomba di Humayun con tanto di guida che parla italiano e porta tutti a comprare souvenir, poi ristorante-trappola per turisti. Mercoledì giornata libera, che qualcuno utilizza per andare ad Agra a vedere il Taj Mahal, giovedì rientro. Si alloggia in un cinque stelle e ci si sposta con l'autista. «Sembra proprio una vacanza», dice Anita da Ravenna nella moschea. «Ora che in camera ho il farmaco sono più serena, appena torno in Italia vado dall'epatologa e inizio a prenderlo». Quasi tutti, martedì mattina, appena svegli, hanno chiuso le scatole del medicinale in cassaforte. Alberto di Roma invece le ha portate con sé nel tour: «Temevo che in hotel qualcuno me le rubasse».

Tutti hanno una storia d'incontro traumatico con la malattia, che nei primi stadi è praticamente asintomatica e può impiegare anni a produrre problemi gravi come anche il tumore. «Ma come possono pensare che siamo disposti ad aspettare di stare peggio per curarci? — dice Pierpaolo — Io ho sempre pagato le tasse, e il mio Paese adesso non mi passa un farmaco che potrebbe farmi guarire. Perché?». In Italia, 65mila persone hanno avuto i costosi medicinali dal sistema sanitario pubblico, ma se ne stimano altre 3-400 mila affette dall'epatite C e ancora da trattare. «Da noi costa troppo, non abbiamo alterna-

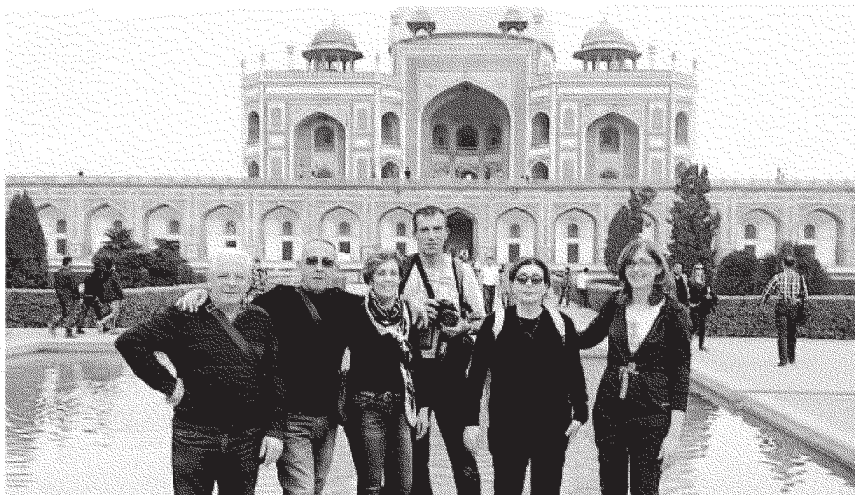
tive. Venire in India in fin dei conti è accessibile economicamente e i farmaci sono sicuri». Per nessun altro problema sanitario si è vista una tale tendenza a lasciare l'Italia, o comunque a cercare strade alternative, come l'ordine online, che (teoricamente) è vietato.

Man mano che le ore trascorse insieme aumentano, che si parla di malattia ma anche di figli, lavoro e vacanze, si assaggiano curry e si scoprono i sapori di focacce e *naan*, i legami diventano sempre più forti, fino alla prevedibile conclusione. «Facciamo un gruppo Whatsapp», propone Rosa. «Sì, ma come lo chiamiamo?». «Facile: i ragazzi della C». Detto fatto. «Quando saremo tutti guariti organizzeremo una cena — promette una coppia — Dovete venire tutti da noi in campagna quest'estate». Quando il caos, lo smog e il frastuono di Delhi saranno diventati bellissimi ricordi.

In Italia, la terapia per chi l'acquista privatamente costa 80mila euro. In viaggio tra speranza e rabbia «Perché lo Stato non ci passa la medicina che può farci guarire?»

Tra sconosciuti scatta la complicità: «Apriamo un gruppo Whatsapp: noi, i ragazzi della C»

Il tour organizzato dura 5 giorni e comprende ristoranti, pullman privato e visite guidate



L'epatite C

è un'infezione del fegato causata dall'hepacivirus (Hcv) che provoca la morte delle cellule epatiche.

Può danneggiare gravemente l'organo e provocare complicanze (insufficienza epatica, cirrosi, tumore) e rendere necessario il trapianto

I farmaci

Sofosbuvir
(nome commerciale: Sovald)

Sofosbuvir+ Ledipasvir
(nome commerciale: Harvoni)

Sotto forma di compresse, possono essere utilizzati solo per trattare la malattia cronica nei pazienti adulti

80 mila euro il prezzo per il privato di un ciclo di cura in Italia

12/15 le settimane di terapia per ciascun paziente



DALL'OSPEDALE ALLA FOTO RICORDO

Sopra, l'ospedale Medanta di Gurugram, dove i turisti del farmaco, dopo la visita di un epatologo (sotto), hanno ottenuto le ricette per acquistare la cura anti-epatite C. Nella foto grande, il passaggio in farmacia. In alto a sinistra, alcuni dei dodici viaggiatori in posa davanti alla tomba di Humayun durante il giro turistico compreso nel prezzo

I malati in Italia

(stime)

800mila
il totale (compresi i casi non diagnosticati)

3-400 mila
i casi diagnosticati

70-80 mila
i pazienti in condizioni peggiori

65 mila
le persone che hanno già avuto la terapia



Il contagio

Avviene per contatto con sangue infetto

Intrafamiliare (scambio di spazzolini, rasoi ecc.)

Trattamenti estetici

Trattamenti odontoiatrici

Interventi chirurgici, endoscopie, dialisi

Tatuaggi e piercing

Emotrasfusioni, uso di droghe per endovena

Rapporti sessuali non protetti



Ordini, il caos degli esami di abilitazione

Patrizia Capua

Roma
C'è chi non deve fare alcun tirocinio, chi deve farlo di soli tre mesi e chi di un anno e mezzo che quasi sempre si tramuta in due visto che gli esami ci sono soltanto una volta all'anno. C'è chi è quasi sicuro che ce la farà perché i tassi di successo della sua categoria sono prossimi al cento per cento e chi ha soltanto il 33 per cento di probabilità. Avvocati, medici, ingegneri, farmacisti, giornalisti, per citare solo alcune categorie, sono alle prese ogni anno con complesse procedure per gli esami di abilitazione alla professione. Migliaia di giovani laureati ogni anno combattono con questo esame, un tempo una pura formalità e oggi uno scoglio a volte particolarmente insidioso.

Ogni Ordine ha le sue regole ma è difficile, per un profano, capire quale sia la ratio per cui un medico (che ha la responsabilità della vita dei pazienti) possa fare pratica solo per tre mesi e un aspirante avvocato invece per diciotto. E poi: gli esami sono sempre correlati con la professione che si dovrà effettivamente svolgere? Molte categorie chiedono cambi di registro.

I medici. Alberto Olivetti, presidente dell'Enpam, la cassa dei camici bianchi, oltreché dell'Adepp, segnala che ci vorrebbe un accorciamento dei tempi tra la laurea e l'esercizio della professione. «Oggi un giovane deve fare un tirocinio trimestrale abilitante: un mese in medicina, uno in chirurgia, uno in uno studio come medico di famiglia. Dopo l'esame, che ha un tasso di riuscita molto alto - nel 2015 su 7.670 candidati ci sono stati 7.499 abilitati -, prima di poter esercitare la professione, possono passare dai sei a nove mesi». Tempi morti, sostiene Olivetti, che sanno tanto di parcheggio. L'ideale sarebbe «che i sei anni di università prevedessero anche un periodo di pratica, cioè una laurea abilitante».

Gli avvocati. dopo gli anni bui del cosiddetto forum shopping, gli esami di Stato nelle diverse sedi di Corte di Appello, sono diventati severissimi e il tasso dei di-

chiarati idonei si è fermato nel 2013, ultimo dato disponibile del ministero di Giustizia, al 33%. Il calo del numero di laureati in Giurisprudenza, facoltà storicamente molto affollata, si associa al gap tra l'impostazione del tirocinio e la verifica della preparazione. Tre le prove scritte in tre interi giorni basate su pareri motivati in diritto civile, in materia penale e, in tema di diritto processuale, la redazione di un atto giudiziario a scelta tra diritto penale, diritto privato o amministrativo. Saranno vietati a partire da quest'anno i codici annotati con la giurisprudenza e ammessi soltanto testi di legge nudi e crudi privi di commenti. Ma la formula dell'esame così com'è non convince. Francesca Sorbi, avvocato e consigliere delegata alle scuole forensi, ragiona: «Sarebbe necessario uno studio più approfondito su come si gestisce uno studio legale, come si fa ricerca di giurisprudenza, come si affrontano i profili fiscali e amministrativi, come si studiano le norme sul riciclaggio, dobbiamo capire se il candidato sa muoversi, anche sul piano del metodo, per affrontare i problemi del cliente». Sorbi sottolinea inoltre: «Vigono regole da regime di polizia per contrastare gli imbrogli. All'orale, poi, si pescano in un database quesiti posti dal computer, impossibile fare un discorso più ampio. Eppure, l'avvocatura vuole professionisti molto preparati, che sappiano utilizzare il ragionamento giuridico».

Ma dopo cinque o sei anni di studio, perché non dovrebbero essere le stesse università a dare l'abilitazione? Oppure gli studi universitari vanno in un senso e la pratica in un altro?

I commercialisti. Dalle dichiarazioni Iva alla partita doppia, dalla preparazione di un bilancio a un business plan. L'esame per diventare dottore commercialista, con la laurea in Economia a numero chiuso, è molto selettivo. Due prove scritte e due orali. «Occorre sapere un po' di tutto: matematica, finanza, ragioneria e districarsi nella complessa materia fallimentare», dice Alessandra Tami, commercialista, che insegna Bilancio alla Bicocca e collabora per la formazione con l'Ordine. «Gli argomenti sono tantissimi. Non sono ammesse preparazioni lacunose, è obbligato-

rio l'aggiornamento sui nuovi principi contabili. Il problema del tirocinio è che si entra in uno studio specializzato magari in concorsuale piuttosto che nell'area fiscale e si segue soltanto quello. Il resto va fatto in un percorso personale». Come e adire che il tirocinio serve fino a un certo punto per passare l'esame. Nella sede meneghina, con le tre università Bocconi, Cattolica e Bicocca delegate dal Miur a gestire l'esame, dove si è appena insediata come presidente dell'Ordine Marcella Caradonna, il tasso di insuccesso è mediamente del 50%. «Il dottore commercialista - sostiene Tami - ha responsabilità molto elevate, non basta saperlo districare nel ramo contabile e fiscale. Quando le aziende crescono, deve rispondere a più domande. Abbiamo bocciato persone che non sapevano cos'è la partita doppia, non si può affidare esclusivamente al computer la stesura di un bilancio».

La prova orale, poi, è ad ampio spettro. Nella riforma 2016, al posto del tirocinio di 18 mesi c'è un corso con due esami intermedi. «Soltanto in Italia abbiamo gli Ordini. In altri paesi come l'Inghilterra - sottolinea Tami - ci sono le associazioni e per farne parte occorre il bollino blu che si consegue dopo un anno di lezioni e il superamento di esami».

Gli avvocati. All'esame di Stato gli ingegneri, come i farmacisti che però hanno una parte della pratica nella fase finale del percorso universitario, arrivano subito dopo la laurea senza passare per il tirocinio. «Purtroppo noi per legge non abbiamo un tirocinio e molti vanno all'esame senza avere una preparazione professionale - dice Armando Zambrano, presidente del Consiglio nazionale degli ingegneri - ma questo è mitigato dalla cultura ampia dei nostri iscritti. Le prove di abilitazione sono impegnative, dure come tutti gli esami di ingegneria. Si protraggono per più di un mese tra scritti e orali, in compenso la percentuale degli idonei è alta, tocca quasi il 90%, e questo è un buon segnale. Potremmo essere più pignoli, ma sarebbe sbagliato infierire».

TRA GLI ASPIRANTI PROFESSIONISTI C'È CHI NON DEVE FARE ALCUN TIROCINIO, CHI DEVE FARLO DI SOLI TRE MESI E CHI ADDIRITTURA DI UN ANNO E MEZZO. E C'È CHI È QUASI SICURO CHE PASSERÀ IL TEST E CHI INVECE HA SOLTANTO UNA CHANCE SU TRE

ALLA STAZIONE MARITTIMA

Lavoro e giovani confronto tra governo e vescovi del Sud

Parlare di lavoro e giovani, gettare le basi per pensare a progetti realizzabili: a Napoli, l'8 e il 9 febbraio prossimi, nella Stazione Marittima, si riuniranno i vescovi del Sud Italia e della Sardegna nel convegno "Chiesa e il lavoro. Quale futuro per i giovani del sud?", promosso dalle Conferenze episcopali di Campania, Calabria, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna, un appuntamento voluto dalla cardinale Crescenzo Sepe, arcivescovo della città.

Fu proprio Sepe ad annunciare l'iniziativa in occasione dell'annuale Discorso alla città, l'8 dicembre scorso. «Lavoro e giovani sono un connubio inscindibile - furono le parole del cardinale - che è al centro del malessere diffuso e che può rappresentare la chiave del cambiamento e della bonifica delle nostre terre dati di violenza, di criminalità, di traffico del male». Ed è al lavoro che occorre «tendere, perché è con il lavoro che salviamo la famiglia, la comunità, la città, i giovani».

Nella lettera di presentazione dell'evento, il cardinale scrive: "Non c'è in noi la presunzione di avere risposte ricette miracolose di fronte alla disoccupazione giovanile che al Sud è ancora elevata, come confermato dai dati dello Svimez ma perché sentiamo il bisogno e l'urgenza di stare dalla parte delle famiglie e soprattutto dei giovani, futuro dei nostri ami territori". Ci saranno interventi, dibattiti e riflessioni sul lavoro e sul Mezzogiorno e, tra le personalità che prenderanno parte all'iniziativa, oltre al ministro Claudio De Vincenti, anche monsignore Nunzio Galantino, segretario della Cei, e il cardinale Angelo Bagnasco, presidente della Cei. Si alterneranno gli interventi dei vescovi delle varie realtà del Sud Italia.

Composto chimico ci allungherà la vita

Le cellule che compongono un organismo compiono il loro ciclo di vita in cui vanno incontro a divisioni per rinnovare le stesse cellule dell'organismo, sostituendo quelle morte o danneggiate. Poi sono programmate per morire, dando così spazio a cellule nuove che possano compiere meglio il medesimo compito.

Capita, però, che cellule invecchiate non portano a termine il loro ciclo vitale, restando così nell'organismo e dando luogo a disturbo delle altre cellule e dell'intero organismo. Viceversa, la morte programmata delle stesse cellule garantirebbe un idoneo ricambio e un decorso sano.

Tutto è riconducibile alle condizioni del sistema immunitario che, col tempo, perde la sua efficacia e smaltisce poco o male tali cellule, le quali hanno progressivamente effetti dannosi, con l'insorgere di patologie più o meno gravi, fino a quelle degenerative.

Grazie ad uno studio condotto presso la Mayo Clinic (Minnesota, USA) dal prof. Van Deursen, docente di Biochimica e Biologia Molecolare, si potrebbe esser giunti alla formulazione di un farmaco che interviene in tale pro-

cesso, ripristinandone il corretto funzionamento, garantendo quindi un prolungamento di vita dell'organismo intero. Un piccolo elisir di lunga vita.

La premessa della ricerca nelle parole dello stesso prof. Van Deursen, «La senescenza cellulare è un meccanismo biologico che funziona come un freno di emergenza utilizzato dalle cellule danneggiate per fermarne la divisione. Sebbene il sistema immunitario funzioni regolarmente, con il passare del tempo diventa meno efficace, le cellule senescenti accumulandosi danneggiano le cellule adiacenti e causano infiammazione cronica, che è strettamente associata alla fragilità e alle malattie legate all'età».

Alla base della ricerca c'è una constatazione: lo smaltimento delle cellule non sane da un organismo ritarda l'insorgere di tutte quelle patologie legate al deterioramento dell'organismo stesso, tra cui proprio i tumori, mantenendo una ottimale funzione di organi e tessuti, prolungando quindi la vita dell'intero organismo senza apparenti effetti collaterali.

La sperimentazione, per ora avvenuta solo su cavie da laboratorio, ha avuto risultati lusinghieri, arrivando a

prolungare la vita dei topi fino al 35%, grazie alla somministrazione di un composto chimico in grado di eliminare fino al 7, % di cellule danneggiate.

I primi ambiti in cui si è notato un miglioramento è stato nella minore insorgenza di tumori, oltre che malattie cardiache e renali.

Altro risultato fortemente incoraggiante si è riscontrato avverso alla produzione di placche di grasso nelle arterie che dà luogo all'aterosclerosi, ovvero il restringimento dei vasi sanguigni per l'accumulo di grasso sulla superficie degli stessi, patologia frequente soprattutto in età avanzata. Ma le stesse cellule senescenti sarebbero imputabili della rottura delle placche stesse con conseguente insorgenza di infarti o ictus. Nelle cavie che hanno subito la somministrazione del farmaco, le placche arteriose sono diminuite di circa il 60%.

Insomma, lo studio sembra fornire aspettative di vita rosea sia in termini di durata che di qualità. Bisogna solo sperare che la tecnica sia riproducibile quanto prima sugli uomini e che il risultato sia analogo.

mi_sa@inwind.it

Aiuti alle aziende, al Sud il bonus fiscale cresce fino al 45%

Palazzo Chigi presenta un emendamento al decreto Mezzogiorno che si sta discutendo alla Camera. Per la copertura del provvedimento stanziati 617 milioni

ROMA Si allarga la base imponibile su cui calcolare il credito d'imposta per le aziende del Sud, grazie a un emendamento al decreto Mezzogiorno presentato in commissione Bilancio della Camera dal Governo.

Le novità

Per le grandi imprese il bonus fiscale per l'acquisto di beni strumentali sale al 25%, per le medie al 10% e per le piccole, che sono la quasi totalità delle meridionali, sarà calcolato in un range che parte dal 10% e può arrivare fino al 20%: nel complesso si può arrivare fino al 45%. L'aumento è coperto dai fondi stanziati nella legge di Bilancio, pari a 617 milioni (annui). La modifica, fortemente voluta dal ministro per la Coesione Territoriale Claudio De Vincenti, dal presidente della commissione Bilancio Francesco Boccia, e dal presidente di Confindustria Vincenzo Boccia, è necessaria per favorire anche le aziende che hanno fatto investimenti negli anni precedenti in beni strumentali il cui ammortamento è ancora in corso. La novità è che il credito d'imposta viene esteso, oltre che a Campania, Calabria, Sicilia, Puglia e Basilicata, anche alla Sardegna. La proposta del Governo innalza inoltre per le piccole imprese meridionali le soglie dei progetti d'investimento agevolabili, portando il limite da un milione e mezzo a 3 milioni e da 5 a 10 per quelle medie. Un aspetto decisivo, che aveva reso finora la misura scarsamente utilizzabile, è che è stato eliminato il divieto di cumulo con altri aiuti di Stato, compreso il sostegno de minimis ammesso dall'Unione Europea.

La «riserva»

Sinistra Italiana ha presentato, a sua volta, al decreto Mezzogiorno un emendamento per reintrodurre la cosiddetta «clausola Ciampi» per il rilancio degli in-

vestimenti nel Sud attraverso una vera e propria riserva, in base alla quale il volume annuale della spesa in conto capitale, ordinaria e straordinaria, sia pari al 45%. Sinistra Italiana è convinta che occorra una nuova politica industriale per il Mezzogiorno, fondata su un'azione pubblica forte per rendere attrattivo il contesto. Che alle aree meridionali, e più in generale all'intero Paese, serva una vera e propria politica industriale, che manca ormai da troppi anni, è ormai convinzione largamente diffusa. Basti pensare che, a fronte del target fissato dall'Europa di almeno il 20% di industria, al Nord siamo poco al di sotto, con punte anche superiori in regioni come la Lombardia e il Piemonte, ma al Sud si è fermi tra il 5% e il 10%. E solo lì dove c'è l'industria si sviluppa quel terziario avanzato che ne moltiplica gli effetti positivi in termini non solo di aumento del Pil ma anche di nuovi posti di lavoro per giovani talenti.

Deindustrializzazione

Eppure proprio il Mezzogiorno ha subito negli anni della crisi gli effetti più pesanti della deindustrializzazione con una perdita di occupazione nel settore attorno a mezzo milione di addetti. Anche le organizzazioni sindacali apprezzano l'emendamento del Governo al decreto Sud: il segretario confederale della Cisl Giuseppe Farina è favorevole al rafforzamento e all'estensione del bonus occupazione nelle aree meridionali per tutta la durata della programmazione dei fondi europei, in modo che gli incentivi e le misure previste da Industria 4.0 siano adeguatamente impiegati anche dalle imprese del Sud che fanno più fatica a promuovere progetti di investimento e di innovazione.

Emanuele Imperiali

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

● Aumenta il credito d'imposta per le aziende del Sud.

● Con un emendamento al decreto per il Mezzogiorno presentato in Commissione Bilancio della Camera, il governo punta ad accrescere le aliquote di agevolazione, ampliare l'area di applicazione anche alla Sardegna ed estendere i criteri di accesso.

● Per le grandi imprese il credito per l'acquisto di beni strumentali passa dal 10% al 25%, con maggiorazioni pari al 10% per le medie imprese e del 20% per le piccole: si arriva così al 45%.

● L'aumento rientra nei fondi stanziati nella legge di Bilancio, pari a 617 milioni di euro.



Nola I sindacati: gli spazi sono troppo piccoli per contenere l'enorme quantità di prodotti da stoccare, ci vuole una delocalizzazione

Ospedale, sicurezza a rischio nella farmacia

Chiesto un incontro alla direzione sanitaria per risolvere il problema logistico

di **Danio Gaeta**

NOLA - Non c'è pace per l'ospedale Santa Maria della Pietà di Nola. Questa volta a finire nel mirino delle sigle sindacali di categoria è la farmacia del presidio ospedaliero. Secondo quanto denunciato da **Salvatore Ambrosino**, coordinatore della Federazione sindacati indipendenti: i locali sarebbero inadeguati e non funzionali per un servizio ottimale. "Facendo seguito alle recenti comunicazioni della responsabile del servizio - si legge in una nota del sindacato - si evidenzia l'inadeguatezza dei locali della farmacia per l'enorme quantità di prodotti di stoccaggio e soprattutto per la presenza di presidi per la nutrizione

artificiale domiciliare. Noi riteniamo non più differibile la necessità di delocalizzare tale servizio". Oltre che un problema strettamente logistico, la sigla denuncia la mancanza di sicurezza all'interno della struttura. "La presenza di tantissimi farmaci - ha aggiunto ancora Ambrosino - sta determinando una riduzione degli spazi tanto che non è più possibile muoversi liberamente e ciò potrebbe causare gravi incidenti". "Pertanto - conclude la nota della Federazione sindacati indipendenti - chiediamo un incontro urgente con la direzione sanitaria per discutere nel merito le possibili soluzioni atte ad eliminare i rischi". Appena due giorni fa, presso il Santa Maria della Pietà, sono stati aperti due reparti

nuovi: una sala operatoria ed una Rianimazione di eccellenza. Il tutto alla presenza del governatore **Vincenzo De Luca**. L'inaugurazione dei nuovi reparti è però solo un piccolo passo verso quel salto di qualità nell'offerta sanitaria dell'ospedale da sempre invocata ma che quasi mai ha visto corrispondere agli annunci delle tante passerelle, fatti concreti lasciando il personale medico e paramedico, soli di fronte ad una realtà di fatta di grande emergenza. All'orizzonte vi sono da affrontare non poche sfide per evitare che i progetti restino solo sulla carta o che vengono realizzati solo dopo decenni. Sarà necessario ripartire, è stato sottolineato, dalle tante questioni rimaste ancora in sospeso. Un esempio per tutti è quello dell'emodinamica che attualmente è attiva solo sei ore e che invece nei programmi delle prestazioni del nosocomio va portata a ventiquattro ore. Vi è poi il nodo dell'incremento strutturale del personale medico e paramedico: è inutile inaugurare nuovi reparti se poi non vi è il personale a sufficienza per gestirli. In tal senso, l'impasse che vive da qualche anno l'Obi del pronto soccorso rappresenta un caso emblematico. Su questo punto il direttore generale dell'Asl Napoli 3 Sud **Costantini** ha promesso impegno per l'assunzione di nuove unità, come in parte già fatto.



Solo nove strutture aperte per garantire le cure palliative. In Lombardia ce ne sono 75

Hospice insufficienti per i malati terminali, mancano 300 posti

Il direttore dell'Osservatorio: "Bisogna investire nell'assistenza"

di Giuseppe Palmieri

NAPOLI - La Campania è in ginocchio per quanto riguarda le cure palliative e l'assistenza ai malati terminali. Su tutto il territorio regionale (oltre 5 milioni di abitanti) gli hospice sono appena 9. In Lombardia (9 milioni di abitanti) ce ne sono 75. Un confronto che fa impallidire, che preoccupa. Uno spreco di risorse. Molti dei pazienti che vivono il tramonto della loro vita sono ospitati negli ospedali, su posti letto che potrebbero essere utilizzati diversamente, vista l'attuale emergenza, e con costi superiori rispetto a quelli per i ricoveri negli hospice. Secondo le stime l'assistenza domiciliare (che comunque funziona a pieno regime attualmente) costa 100 euro al giorno, in hospice 252 euro, in ospedale tra terapia intensiva, rianimazio-

ne e affini, comporta una spesa che varia dai 900 ai tremila euro al giorno. A Napoli città non c'è neppure un hospice. Il più vicino è quello presente a Casavatore. Leggermente messe meglio le altre province campane. A Caserta sono attive tre strutture (a Santa Maria Capua Vetere, Capua e Tora e Piccilli), tre sono a Salerno, due ad Avellino. Neanche una in provincia di Benevento, dove però è vicina l'apertura di un centro a Cerreto Sannita. Il totale dei posti letto disponibili è di 107, a livello regionale. Pochi, pochissimi, a fronte di un fabbisogno stimato in 400 unità. Il problema è già stato sollevato alcuni mesi fa, ma la risposta dell'amministrazione regionale guidata da Vincenzo De Luca e dei commissari che gestiscono il comparto sanitario, al momento, è limitata ad un piano che non ha ancora tro-

vato la sua attuazione. E pensare che si parla di malati terminali ai quali va, ad ogni costo, garantita l'assistenza migliore possibile. Persone che soffrono di Alzheimer, di Parkinson, che sono in stato vegetativo, vittime di patologie oncologiche, nefropatici, malati di Sla. Le famiglie che possono permetterselo preferiscono l'assistenza domiciliare, per gli altri c'è bisogno di centri specializzati. E la Regione non può garantire il servizio a tutti. Un dramma nel dramma. "Aprire nuove strutture garantirebbe un risparmio importante e speriamo che questo possa avvenire nel più breve tempo possibile - ha spiegato **Sergio Canzanella** (in basso), direttore dell'Osservatorio regionale Cure palliative e Medicina del dolore - Regione e commissari hanno messo a punto un piano che siamo certi porterà risultati,

ma servirà l'impegno di tutti fino in fondo. E' fondamentale costruire una rete funzionante tra assistenza domiciliare, ospedali e hospice. Purtroppo ogni anno abbiamo quasi 20 mila malati terminali, con le famiglie che preferiscono ancora l'assistenza domiciliare. Bisogna investire nell'assistenza, nella prevenzione e nella cultura delle cure palliative. Il problema delle liste d'attesa non c'è, ma soltanto perché sostanzialmente la cultura dell'hospice non ha ancora messo le radici nella nostra regione. C'è ancora molto da fare. De Luca ha mostrato sensibilità su questo tema e contiamo possa intervenire con decisione come ha fatto sul caso barelle e sull'ospedale di Nola", ha concluso Canzanella. Speriamo possa farlo anche con risultati più soddisfacenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

All'Ascalesi, al Gesù e Maria e all'Incurabili: per ora sono su carta

Piano contro l'emergenza: previsti tre centri a Napoli

Largamente diffuso il ricorso al servizio domiciliare

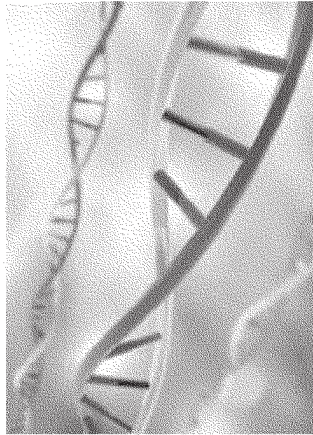
NAPOLI (giupalm) - Il piano per l'assistenza ai malati terminali prevede l'apertura di diverse strutture, in modo da soddisfare il fabbisogno regionale. Il documento dovrebbe portare alla nascita di hospice a Torre del Greco, San Felice a Canello, Cerreto Sannita, in provincia di Salerno (tra Pagani e Nocera) e di ben tre nella città di Napoli. Per quanto riguarda il capoluogo partenopeo questo tipo di servizio per le cure palliative e il fine vita dovrebbe essere garantito all'Ascalesi, al Gesù e Maria e all'Incurabili, nell'ambito del piano di riconversione degli ospedali cittadini messo a punto dall'amministrazione regionale e dall'Asl. Con l'apertura di tutti questi reparti i posti letto dovrebbero diventare 40, dando una risposta all'impossibilità attuale di garantire ricoveri. A completare il tutto ci sono i due posti letto attualmente garantiti dal Pausilipon per l'assistenza ai più piccoli che purtroppo

hanno malattie incurabili. *“Dobbiamo migliorare la cultura del sollievo, anche con campagne di sensibilizzazione e poi avere a disposizione una rete domiciliare e una rete residenziale che sappiano essere complementari”*, ha dichiarato **Sergio Canzanella** (nella foto). Il nuovo centro a San Felice a Canello dovrebbe garantire a Caserta di soddisfare pienamente il fabbisogno, visto che gli altri centri sono 'ingolfati' da pazienti che arrivano anche da altre zone della regione, Napoli in primis. Nel capoluogo partenopeo sarà fondamentale l'apertura di strutture ad hoc nel cuore della città. Attualmente non se ne sentono i benefici, visto che gli hospice non sono ancora disponibili, ma si percepiscono già gli effetti collaterali. I centri scelti da Regione e Asl, infatti, sono ospedali che forniscono altri tipi di cure e servizi di pronto soccorso che sono stati praticamente smantellati, provocando il sovraffollamento e il caos negli altri nosocomi cittadini. Sei mesi sono passati da quando il problema è stato portato all'attenzione della Regione. Non c'è più tempo da perdere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Dobbiamo
migliorare
la cultura
del sollievo”



Iperensione: scoperte nuove regioni del Dna presto i test

LO STUDIO

Oltre cento nuove regioni del Dna associate alla pressione alta sono state individuate da un ampio studio condotto nel Regno Unito. I risultati, pubblicati su "Nature Genetics", potranno aiutare in un prossimo futuro i medici a identificare con test genetici i pazienti a rischio di malattie cardiache e ictus, ma anche mettere a punto trattamenti personalizzati.

La pressione, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, colpisce circa un adulto su tre ed è causata da una complessa interazione tra fattori genetici e stili di vita, come dieta, peso, consumo di alcol e sale, esercizio fisico. Per indagare l'aspetto genetico, i ricercatori del Queen Mary University of London e dell'Imperial College di Londra hanno esaminato 9,8 milioni di varianti genetiche provenienti da 420.000 persone (raccolte nella UK Biobank) e

le hanno incrociate con i dati sulla pressione sanguigna. Ne sono emerse 107 nuove regioni genetiche, espresse in alti livelli nei vasi sanguigni e nel tessuto cardiovascolare, che potrebbero essere potenziali nuovi bersagli farmacologici.

Il team, ha anche sviluppato un "punteggio di rischio": per ogni 10 mmHg (millimetro di mercurio) di pressione sanguigna superiore al normale, il rischio di malattie cardiache e ictus aumenta del 50 per cento o più. Se un tale punteggio genetico potesse essere misurato nei primi anni di vita, concludono i ricercatori, potrebbe portare a una "medicina personalizzata" per compensare con corretti stili di vita una particolare predisposizione genetica.

**IL TEAM INGLESE
HA SVILUPPATO
ANCHE UN PUNTEGGIO
DI RISCHIO
PER LE MALATTIE
CARDIACHE**

Sabato la Giornata mondiale contro i tumori, con lo slogan "We can. I can". Se nel 2000 guarivano 40 persone su 100, adesso sono oltre 60 e l'Italia è ai primi posti in Europa, grazie anche all'immunoterapia e alle terapie target. Ma la diagnosi arriva ancora in ritardo

Cancro, il "male curabile" chiede più prevenzione

LA PATOLOGIA

Si sopravvive di più e meglio. Ma si previene ancora poco. La lotta al cancro, il "big killer" di tutti i tempi, è costellata di significativi progressi nella diagnosi e nei trattamenti, e anche di grosse disattenzioni e ritardi sul fronte della prevenzione, primaria e secondaria. È questo il bilancio che emerge, quest'anno, in occasione della Giornata mondiale contro il cancro che si celebra sabato 4 febbraio.

LA BATTAGLIA

Il motto di questa edizione è emblematico: "We can. I can", ovvero "Noi possiamo. Io posso". Tema dell'edizione 2017 della Giornata mondiale - promossa dall'Unione Internazionale Contro il Cancro (Uicc), organizzazione non governativa che rappresenta associazioni impegnate contro la malattia in oltre cento Paesi, e sostenuta dall'Organizzazione mondiale della sanità - è proprio "Combattere il cancro con la prevenzione" e lo slogan, come sottolinea la Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt), «indica l'opportunità che

oncologi, il cancro è sempre di più una malattia cronica, con cui si convive e dalla quale si può guarire, tanto che il tasso di guaribilità è passato dal 40% del 2000 al 61% attuale (con punte del 90% per cancro al seno e alla prostata). Non solo: secondo le ultime stime, l'Italia è ai primi posti, con il 32%, per tassi di sopravvivenza a 5 anni in Europa, collocandosi prima di Francia (27%), Germania (31%), Spagna (27%) e Gran Bretagna (18%).

L'esercito degli italiani che hanno battuto il cancro è ogni giorno più numeroso: erano 2 milioni e 244 mila nel 2006, sono

oltre tre milioni nel 2016. «Il merito di questi numeri va certamente alle nuove armi anticancro sviluppate, come l'immunoterapia e le terapie target, che si sono unite alla chemioterapia tradizionale», spiega Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom). «Questo spiega - continua - il perché si sopravvive di più a tumori come quello della mammella, del colonretto e del polmone, che oggi possono beneficiare di terapie nuove e più efficaci». Pochissimi progressi, invece, sono stati raggiunti nella lotta al tumore del pancreas, dello stomaco e nella lotta ai sarcomi.

STILE DI VITA

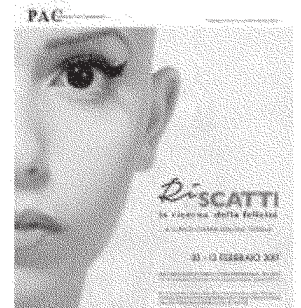
Sul perché l'Italia sia tra i paesi con il miglior tasso di sopravvivenza al cancro, secondo il presidente dell'Aiom, il merito andrebbe sostanzialmente «al nostro sistema sanitario che, pur tra mille difficoltà, funziona». Tuttavia, anche nel nostro Paese si può fare meglio e di più sul fronte della prevenzione. «Basta pensare che il 40% dei casi di tumore può essere evitato grazie alla prevenzione, adottando cioè stili di vita sani», ricorda Pinto.

Nonostante i passi avanti, i numeri, però, restano allarmanti: ogni anno a più di 12 milioni di persone viene diagnosticato un tumore e 7,6 milioni muoiono di questa malattia. Ma se non si adotteranno iniziative concrete, avverte l'Uicc, si arriverà a 26 milioni di nuovi casi e a 17 milioni di morti entro il 2030, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mostra



Al Pac di Milano le foto di 29 giovani pazienti

Dal 3 al 12 febbraio il Padiglione d'Arte Contemporanea di Milano ospita la terza edizione della mostra di fotografia sociale ideata dalla Onlus "Riscatti" con la collaborazione di Associazione Bianca Garavaglia Onlus e con il supporto di Tod's. Dopo il successo della hit "Palle di Natale", gli adolescenti e i giovani adulti del Progetto Giovani dell'Istituto Tumori di Milano tornano alla ribalta esprimendo per mezzo della fotografia le proprie emozioni e il proprio percorso nella difficile ricerca della felicità. In mostra 80 fotografie, frutto del lavoro di mesi di 29 ragazzi tra i 14 e i 27 anni, in cura presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

OLTRE TRE MILIONI GLI ITALIANI CHE HANNO SCONFITTO IL MALE NEL 2016. ANCORA INDIETRO PER STOMACO, PANCREAS E SARCOMI

tutti hanno di prendere parte alla battaglia contro il cancro. Anche una singola persona può infatti fare la differenza, perché è solo attraverso una compatta mobilitazione civile che si può vincere quello che un tempo era chiamato male incurabile».

E oggi infatti, ribadiscono gli



Manovra su Iva e accise ma l'Italia chiede tempo

►Allargamento della lotta all'evasione ►Oggi risposta a Bruxelles, il governo e aumento del prelievo sulla benzina vuole trattare sulle spese per il sisma

ROMA Una risposta che innanzitutto spiega le ragioni per cui gli obiettivi di riduzione di debito e deficit sono più faticosi da raggiungere, affronta anche le ulteriori criticità emerse in seguito alla serie di terremoti ed indica poi una serie di direttrici di intervento, dal recupero dell'evasione fiscale alla riduzione di alcune spese. La lettera italiana alla commissione europea partirà oggi, ultimo giorno disponibile: la volontà del governo è di non rompere con Bruxelles ma semmai di guadagnare tempo, proseguendo una discussione che a questo punto potrebbe avere come riferimento temporale quello di aprile, quando sarà presentato il Documento di economia e finanza. Al momento non sarebbe previsto uno specifico provvedimento legislativo d'urgenza; alcune misure potranno comunque essere attuate in via amministrativa. Eventualmente un decreto può arrivare più in là, in primavera, sempre che la legislatura non si concluda anticipatamente.

IL DEBITO

L'obiettivo del ministero dell'Economia resta quello annunciato da Pier Carlo Padoa-Schioppa nei giorni scorsi: evitare che venga aperta una procedura per deficit eccessivo che al di là della sua rilevanza sul piano delle regole europee avrebbe effetti del tutto indesiderabili per la credibilità della Repubblica italiana come debitore costretto ad emettere ogni anno oltre 400 miliardi di titoli. Gioca a sfavore anche il contesto in cui la ripresa dell'inflazione ed il fattore Trump spingono verso l'alto i tassi di interessi globali. Per la Bce sarà inevitabile avviare una riduzione del Quantitative easing e un eventuale procedura aperta certo non rafforzerebbe la posizione del nostro Paese.

Insomma una lettera «di buon

senso», come l'ha definita il presidente della commissione Bilancio della Camera Francesco Boccia. Nella quale non troveranno posto misure di carattere recessivo. Dunque sarà menzionato sul lato delle entrate il rafforzamento delle misure anti-evasione, a partire dall'allargamento a nuovi settori del cosiddetto reverse charge (inversione contabile, il meccanismo per cui l'obbligo di versare l'Iva passa a carico dell'acquirente). Ci potrebbe essere un accenno anche alla tassa per i colossi del web, che l'Italia ha finora rinunciato ad attuare in attesa di una regolamentazione europea. E qualche ulteriore margine può arrivare anche da una stima più generosa del gettito della *voluntary disclosure*, la seconda operazione di rientro dei capitali. Il quadro poi può essere completato da micro-interventi sulle accise relative ai carburanti o alle sigarette.

IPALETTI

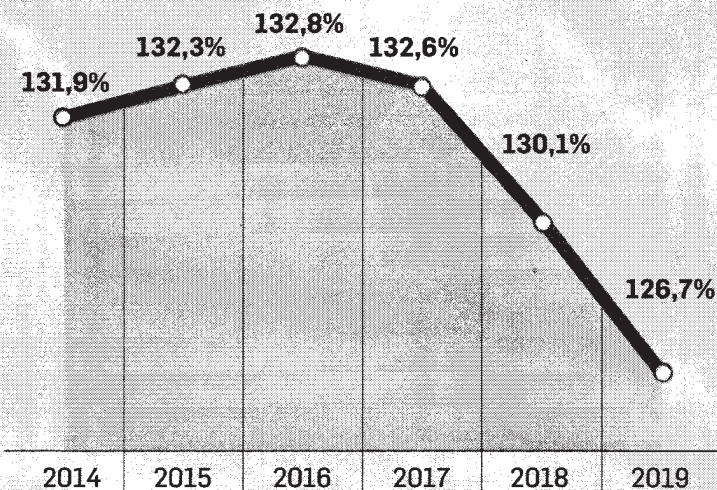
Anche per quanto riguarda la spesa lo spazio di intervento è limitato e potrà comprendere solo misure indolori sui bilanci dei ministeri o spostamenti di fondi. Più complicato sul piano della politica interna sarebbe ipotizzare anche solo un rinvio dell'Ape, lo strumento di flessibilità pensionistica il cui debutto è previsto per il primo maggio.

Resta da vedere naturalmente se la commissione accetterà quella che di fatto si prospetterebbe come una trattativa prolungata. La scadenza del primo febbraio era stata originariamente fissata come ultimo giorno utile per permettere alle strutture tecniche europee di includere i conti italiani eventualmente aggiornati nelle proprie previsioni economiche di febbraio. L'esecutivo Gentiloni potrebbe però usare come argomento il fatto che le catastrofi naturali stiano producendo i propri effetti ancora in questi giorni.

Così il debito pubblico

Programmazione del Governo

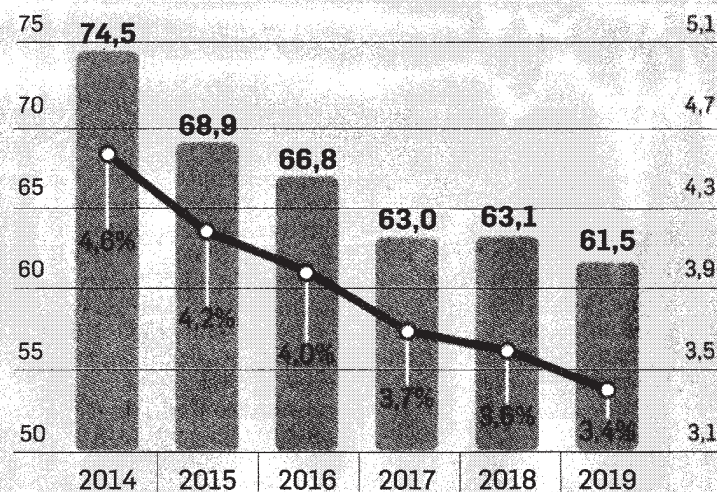
Cifre in rapporto al Pil



Fonte: Mef (Dbp 2016)

Interessi pagati e da pagare

■ in miliardi di euro ○ in rapporto al Pil



Fonte: Mef (cifre programmate nell'aggiornamento del Def)

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

In Europa un costante progresso verso l'eliminazione di morbillo e rosolia

 panoramasanita.it/2017/01/31/in-europa-un-costante-progresso-verso-leliminazione-di-morbillo-e-rosolia/

I paesi della Regione Europea continuano a guadagnare terreno negli sforzi per raggiungere l'eliminazione di morbillo e rosolia. La Commissione Europea Regionale di verifica dell'eliminazione di morbillo e rosolia (RVC) conclude nella [sua relazione annuale](#), pubblicata ieri, che il 37 dei 53 Stati membri della Regione (70%) hanno interrotto la trasmissione del morbillo endemico a partire dalla fine del 2015, e 35 di loro (66%) hanno anche interrotto la trasmissione di rosolia endemica. Di questi paesi, 27 hanno registrato un'interruzione prolungata per almeno 36 mesi e sono pertanto considerati i paesi che hanno eliminato una o entrambe le malattie. Queste conclusioni indicano che il morbillo è endemico in quattro Paesi in meno e la rosolia è endemica in due paesi in meno rispetto all'anno precedente. Il progresso si riflette anche nel numero inferiore di casi segnalati di morbillo e rosolia attraverso la sorveglianza di routine nella regione nel 2016 rispetto agli anni precedenti. «È incoraggiante vedere come gli sforzi combinati dell'OMS e dei suoi Stati membri hanno registrato un costante progresso verso l'eliminazione di morbillo e rosolia» ha detto Nedret Emiroglu, direttore delle Emergenze e Comunicazione delle malattie della Divisione dell'Ufficio Regionale per l'Europa «Ma non possiamo essere soddisfatti fino a quando tutta la Regione avrà raggiunto il traguardo. Con un vaccino efficace e sicuro prontamente disponibile, non una persona deve soffrire le conseguenze di morbillo o rosolia; eppure abbiamo assistito a diversi focolai e a morti in questa regione nel 2015 e nel 2016. Di più si può e deve essere fatto per garantire protezione da queste malattie temute a tutti nella regione».

© 2017 Panorama della Sanità. All Rights Reserved.

quotidiano **sanità**.it

Martedì 31 GENNAIO 2017

Nei pazienti con fibrillazione atriale e con diabete che prendono insulina più alto il rischio di ictus e embolia

I pazienti con fibrillazione atriale affetti da un tipo di diabete che richiede la somministrazione di insulina, sono a maggior rischio di ictus ed eventi embolici sistemici. Ecco i nuovi risultati di una sub-analisi del Registro europeo di Daiichi Sankyo Prefer in Af, pubblicati dal Journal of the American College of Cardiology.

Insulina, diabete e fibrillazione atriale. Un mix capace di aumentare fino a 2 volte e mezzo il rischio di essere colpiti da ictus e embolia. È questa la conclusione di uno studio del Registro europeo di Daiichi Sankyo Prefer in Af, pubblicato dal Journal of the American College of Cardiology. In particolare ad essere maggiormente in pericolo sarebbero i pazienti con fibrillazione atriale affetti da diabete che richiedono trattamento insulinico. È la prima volta che si porta avanti uno studio di questo tipo. I risultati appena raggiunti gettano, infatti, nuova luce sul ruolo dell'insulina nella pratica clinica.

Sono stati analizzati 1.288 persone diabetiche affette da fibrillazione atriale: coloro che assumevano insulina, a un anno di follow-up, hanno mostrato un rischio di 2,5 volte maggiore di essere colpiti da un ictus o un evento embolico sistemico, rispetto a quelli che non assumevano insulina. Tutto ciò indipendentemente dalla presenza di altre patologie e dal trattamento anticoagulante somministrato.

Questi pazienti sono stati selezionati dal registro Prefer in Af che ha arruolato 7.243 individui con fibrillazione atriale in 461 centri in Austria, Francia, Germania, Italia, Spagna, Svizzera e Regno Unito.

"In questa analisi, la sola presenza del diabete non implica di per sé un aumentato rischio tromboembolico per i pazienti affetti da fibrillazione atriale - ha spiegato **Giuseppe Patti**, dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e primo Autore dello studio - tuttavia, il diabete che richiede una terapia a base di insulina sembra essere un fattore indipendente che influenza il presentarsi di ictus o embolia sistemica correlati a FA. Ciò potrebbe avere implicazioni nella pratica clinica, perciò sono necessari ulteriori studi per sostanziare questi risultati".

Un'ulteriore analisi ha permesso di evidenziare l'assenza di relazione tra le dosi di insulina e gli eventi tromboembolici. C'era, tuttavia, un rischio significativamente più alto di ictus o embolia sistemica in pazienti con almeno una complicanza microvascolare del diabete, come retinopatia, neuropatia o nefropatia.

"Questi risultati forniscono insight importanti sugli ulteriori rischi associati alla terapia insulinica, e hanno implicazioni importanti per la valutazione del rischio tromboembolico in questa popolazione di pazienti. - ha concluso l'altro Autore dello studio, **Raffaele De Caterina**, professore della Divisione Cardiologica dell'Università d'Annunzio di Chieti - E' dunque importante identificare i pazienti diabetici che assumono insulina, e assicurare loro un appropriato trattamento anticoagulante per mitigare ulteriori rischi".

quotidianos**sanità**.it

Martedì 31 GENNAIO 2017

Sanità sostenibile. Il nostro Iss coordinerà il progetto triennale internazionale TO-REACH

Il progetto, frutto della collaborazione di 29 enti di ricerca e agenzie governative di 19 paesi europei e tre paesi extraeuropei (Canada, Stati Uniti, Israele), si prefigge di studiare le condizioni necessarie a garantire la sostenibilità, l'equità, l'accessibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari di fronte a sfide epocali come la crisi economica, i cambiamenti climatici, le migrazioni.

Sostenibilità, equità, accessibilità ed efficienza. Sono questi gli aggettivi che qualunque cittadino europeo dovrà poter utilizzare per poter descrivere il Sistema Sanitario del suo Paese. E affinché ciò possa davvero accadere, senza eccezioni, 29 enti di ricerca e agenzie governative di 19 paesi europei e tre paesi extraeuropei, Canada, Stati Uniti e Israele, si sono rimboccati le maniche per mettersi a lavoro. Insieme hanno dato vita a To-Reach - Transfer of Organisational innovations for Resilient, Effective, Equitable, Accessible, Sustainable and Comprehensive Health Services and Systems – un progetto che ha lo scopo di studiare le condizioni necessarie a garantire un miglioramento omogeneo dei vari Sistemi Sanitari. Tutto, nonostante le sfide epocali che ci si trova ad affrontare come la crisi economica, i cambiamenti climatici e le migrazioni. L'iniziativa, finanziata nell'ambito del programma europeo per la ricerca Horizon 2020, sarà coordinata, per il triennio 2017-2019, dall'Istituto Superiore di Sanità.

“I Sistemi Sanitari dei Paesi più economicamente sviluppati – ha spiegato il Presidente dell'Iss, **Walter Ricciardi** - attraversano un'importante crisi di sostenibilità finanziaria. Le cause sono diverse. Primo, il cambiamento demografico con il positivo aumento dell'aspettativa di vita, tuttavia collegato ad un aumento esponenziale della prevalenza delle malattie croniche e della polimorbilità. Poi, il progresso scientifico della biomedicina e lo sviluppo tecnologico, che sta portando benefici impensabili fino a qualche tempo fa, ma anche un esponenziale aumento dei costi. Ancora l'aumento della consapevolezza e delle giuste richieste di salute dei cittadini”.

Come emerso dalle parole del Presidente dell'Iss gli scenari in cui ci si trova ad agire sono vari e mutevoli. Per questo tra gli obiettivi del progetto c'è proprio la definizione del contesto in cui si troveranno ad operare i Sistemi Sanitari. Altri risultati specifici da raggiungere sono: definire le sfide e le priorità per i sistemi sanitari nel XXI secolo, raccogliere, analizzare e sintetizzare le conoscenze disponibili in materia, sviluppare l'agenda strategica della ricerca in sanità pubblica. Infine, tutti i risultati del progetto saranno diffusi per favorire scelte di sanità pubblica basate su robusti elementi di conoscenza.

“Per evitare che questa crisi influisca negativamente sull'efficienza dei servizi, e colpisca in modo rilevante la parte più fragile della popolazione, le persone più povere e marginalizzate – ha concluso Ricciardi - la via è quella di lavorare sull'appropriatezza e su nuovi modelli di cura e intervento basati sull'evidenza, che mirino a coniugare innovazione ed eguaglianza distributiva, in grado di fornire cure adeguate, assistere le disabilità e tutelare il benessere psicofisico di tutta la popolazione”.

L'Iss sarà, per l'Italia, affiancato dal ministero della Salute, dall'Agenas e dall'università Cattolica del Sacro Cuore.