



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



quotidianosanita.it

Martedì 03 LUGLIO 2018

Ambiente e Salute. Istituita una task force nazionale per promuovere il dialogo e l'integrazione. Ecco come funziona

Insedata nel gennaio scorso presso il ministero della Salute, questi i suoi principali obiettivi operativi: supporto alle politiche di miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua, suolo secondo il modello della "salute in tutte le politiche"; potenziamento della sorveglianza epidemiologica; disponibilità di strumenti e percorsi interdisciplinari validi per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti; formazione degli operatori del settore sanitario e ambientale e comunicazione del rischio in modo strutturato e sistematico.

La [Salute 2020](#) (il modello di politica europea per la salute adottato dalla regione europea dell'Oms nel 2012) indica l'inquinamento delle matrici ambientali tra i principali determinanti dello stato di salute della popolazione. Secondo le ultime stime, circa il 24% di tutte le malattie e il 23% di tutte le morti premature nel mondo sono dovute all'esposizione a fattori ambientali.

Più di un terzo delle malattie nei bambini al di sotto dei 5 anni è legato a fattori ambientali evitabili. Solo in Europa, l'esposizione a inquinanti ambientali causa ogni anno la morte prematura di 1,4 milioni di persone[1]. Sostanze tossiche e dannose come metalli pesanti, solventi, coloranti, diossine PCB, IPA etc. possono penetrare e accumularsi nell'organismo umano attraverso le matrici ambientali e alterare le funzioni di organi e tessuti. Recenti studi nel campo dell'epigenetica attestano l'influenza determinante dell'ambiente sul genoma. Dimostrano come l'ambiente sia in grado di modificare la corretta espressione del nostro DNA, inducendo cambiamenti potenzialmente trasmissibili alle generazioni successive.

L'inquinamento atmosferico rappresenta il fattore di rischio ambientale più rilevante per la salute della popolazione mondiale[2]. Anche nella Regione europea, l'inquinamento dell'aria rappresenta ancora un importante fattore di rischio al quale è attribuibile una quota rilevante di effetti sanitari dovuti principalmente all'esposizione alla frazione respirabile PM_{2,5}, agli ossidi di azoto (NO₂) ed ozono (O₃). La principale preoccupazione, in termini di effetti sulla salute, è comunque rivolta nei confronti del materiale particolato sospeso, in particolare le frazioni più fini (PM₁₀ e PM_{2,5}), classificato dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) come un cancerogeno in Classe 1 per l'uomo. Il cambiamento climatico sta esacerbando l'intensità dei rischi per la salute legati all'inquinamento e rappresenta la più grande minaccia globale del 21° secolo nei confronti della salute[3].

Dall'ultima indagine statistica della Commissione Europea[4] sulle percezioni dei cittadini europei riguardo all'ambiente emerge una convinta tendenza da parte sia degli europei (94%) che degli Italiani (95%) a considerare la protezione dell'ambiente un problema importante. I cambiamenti climatici (51%), l'inquinamento dell'aria (46%) e la crescita della produzione di rifiuti (40%) sono considerati dagli europei tra le tematiche ambientali più rilevanti, ovvero che destano più preoccupazione per la sicurezza e la salute.

Più dei tre quarti degli europei (81%) e quasi la totalità degli Italiani (90%) ritiene che le questioni ambientali abbiano un effetto diretto sulla vita quotidiana. L'87% degli europei e l'89% degli italiani ritengono di poter svolgere un ruolo nella protezione dell'ambiente. Quanto alle responsabilità, la maggior parte dei cittadini europei ritiene che non si stia facendo abbastanza. Emerge un atteggiamento di sfiducia e di biasimo soprattutto nei confronti delle istituzioni e degli enti preposti alle decisioni in materia di ambiente e salute pubblica.

La strategia europea "Salute 2020" sostiene e incoraggia i ministri della Salute affinché stimolino i responsabili istituzionali e i portatori di interesse di tutti i settori che influenzano la salute, anche indirettamente, ad uno sforzo

4/7/2018

Ambiente e Salute. Istituita una task force nazionale per promuovere il dialogo e l'integrazione. Ecco come funziona

congiunto, condiviso e multidisciplinare, finalizzato alla creazione di un'Europa più sana. Sostiene che il panorama degli attori e degli stakeholder che possono contribuire al cambiamento necessario per promuovere "ambienti sani per una popolazione sana" sia ampio e debba comprendere anche i cittadini.

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, sottoscritta nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU, dando seguito ai risultati degli *Obiettivi di Sviluppo del Millennio* (Millennium Development Goals), affronta un insieme di questioni determinanti per portare il mondo sulla strada della sostenibilità. I 17 obiettivi (*Sustainable Development Goals – SDGs*) includono i pilastri economico, ambientale e sociale dello sviluppo sostenibile. Sottolineano che la salute è indissolubilmente legata a fattori quali povertà, disuguaglianza, cambiamenti climatici e inquinamento e pongono una forte attenzione all'equità, "senza lasciare indietro nessuno". L'Italia si è impegnata a declinare gli obiettivi dell'Agenda 2030 nell'ambito della programmazione economica, sociale e ambientale.

La sesta Conferenza Ambiente e Salute di Ostrava(2017), rappresenta un altro tassello importante nelle politiche per l'integrazione ambiente e salute; i 53 paesi dell'OMS/Euro hanno riconfermato l'impegno a rafforzare le collaborazioni interistituzionali in direzione della sostenibilità per proteggere l'ambiente, la salute umana e l'intero ecosistema. La Dichiarazione finale indica quali priorità:

- la necessità di integrare gli obiettivi ambiente e salute con gli obiettivi dell'Agenda 2030 e con gli obiettivi dell'Accordo di Parigi del 2015 sul clima;

- la necessità di contrastare e ridurre il peso del degrado ambientale e in particolare: l'inquinamento dell'aria, il cambiamento climatico, l'esposizione a prodotti chimici pericolosi, le problematiche dei siti contaminati, il peggioramento della qualità della vita nei centri urbani e la destabilizzazione degli ecosistemi che minacciano la salute e aggravano le disuguaglianze sociali;

- la necessità di condividere la responsabilità delle politiche con tutti i livelli di governo attraverso azioni di sistema, intersettoriali, mettendo al centro la prevenzione e riservando maggiore attenzione ai settori più svantaggiati.

Ambiente e salute in Italia

Negli ultimi anni il problema dell'inquinamento dell'ambiente ha provocato grande preoccupazione soprattutto in relazione ad alcune aree del Paese. Si ricordano ad esempio le problematiche della terra dei fuochi in Campania, dell'Ilva di Taranto, della Valle del Sacco (Frosinone) e in generale di tutti i siti di interesse nazionale per le bonifiche; la contaminazione delle falde acquifere da composti perfluoroalchilici (es. PFAS nel Veneto), la presenza di arsenico nelle acque del centro Italia o di solventi, tetracloroetilene e composti alogenati nella piana fiorentina.

Per quanto attiene all'inquinamento atmosferico i dati di monitoraggio e gli scenari emissivi a disposizione evidenziano superamenti dei limiti imposti dall'Europa in molte aree del nostro paese e ciò nonostante i considerevoli sforzi fatti negli ultimi anni per ridurre le emissioni e le concentrazioni degli inquinanti. L'Agenzia Europea dell'Ambiente[5] ha stimato in Italia nel 2013, 66.630 morti premature attribuibili all'esposizione a lungo termine a PM_{2,5}, NO₂ e O₃. A incidere in maniera decisiva sui superamenti dei limiti sono state le condizioni climatiche peggiorate negli ultimi anni, specie in aree chiuse come la pianura padana.

A fronte di tale scenario, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è chiamato a dare risposte efficaci, interventi tempestivi, coordinati e di sistema. Per quanto attiene agli assetti istituzionali, il D.Lgs. 502/1992 attribuisce ai Dipartimenti di prevenzione le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'Autorità sanitaria locale, compresa la tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita. Nella realtà la situazione è piuttosto diversificata tra le regioni. Sono poche le regioni che hanno un'organizzazione più avanzata, orientata a svolgere in modo integrato le attività di sorveglianza e prevenzione. Il referendum popolare del 18 aprile del 1993, che di fatto ha tolto al SSN le competenze di controllo sull'ambiente trasferendole alle Agenzie regionali per la protezione ambientale (ARPA), ha creato un ostacolo importante all'integrazione delle competenze ambientali e sanitarie e messo in secondo piano la prevenzione sanitaria in campo ambientale.

A distanza di quasi 20 anni non sono stati ancora realizzati su scala nazionale scenari di governance orientati alla collaborazione tra le strutture delle agenzie ambientali e strutture del SSN, previsti dal Decreto legislativo n° 229 del 19 giugno 1999, di riordino del SSN. In particolare l'articolo 7-quinquies prevede la stipula di un accordo di programma tra il ministro della sanità ed il ministro dell'ambiente e accordi di programma stipulati dalle regioni al fine di individuare i livelli di integrazione tra settore salute e ambiente. Attualmente si registrano numerose criticità soprattutto nell'attribuzione delle competenze, nella formazione del personale e importanti differenze inter-regionali che non consentono un raccordo organico e sistematico tra funzioni e attività in campo ambientale

e sanitario.

Sebbene negli ultimi decenni si sia assistito a una rapida espansione delle metodologie di studio e di ricerca circa le relazioni tra esposizioni ambientali ed esiti sanitari, la valutazione degli impatti sanitari delle modificazioni ambientali indotte dalle politiche settoriali soffre ancora di scarse integrazioni e sistematicità e di una visione interdisciplinare.

Fino ad oggi le valutazioni ambientali e gli interventi di carattere politico si sono concentrati su singoli inquinanti presenti nei singoli comparti ambientali (aria, acqua, suolo, ecc.), mentre nella realtà la situazione è più complessa perché gli inquinanti passano da un comparto ambientale all'altro (dall'aria al suolo, alle acque ecc) e la popolazione può essere esposta ad una combinazione di inquinanti in grado di interagire sia nell'ambiente e sia nel corpo umano.

Esistono numerosi documenti e direttive europee sul tema della *Valutazione di impatto sanitario (VIS)*, ormai considerata strumento di elezione per la valutazione preventiva degli effetti sulla salute di progetti, piani, programmi e politiche. La Commissione Europea ha incluso aspetti della salute umana nelle proprie direttive sulla valutazione d'impatto ambientale, oltre a prevedere la graduale introduzione, a partire dal 2003, di procedure di valutazione di impatto integrate per tutte le principali iniziative presentate nella strategia politica annuale. Dando seguito alle indicazioni internazionali, vari governi europei hanno assunto la VIS: alcuni l'hanno normata e altri ancora hanno finanziato progetti pilota.

Secondo la definizione dell'OMS^[6] "la VIS è una combinazione di procedure, metodi e strumenti con i quali si possono stimare gli effetti potenziali sulla salute di una popolazione di una politica, piano o progetto e la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione". La finalità della VIS, quindi, è fornire a tutti i decisori valutazioni, basate sull'evidenza e condivise, che consentano di scegliere, fra diverse alternative che s'intende mettere in opera, quelle che tengano conto delle conseguenze future sulla salute di una popolazione, al fine di mitigare gli effetti negativi e massimizzare quelli positivi. Intesa in questo senso, la VIS si inserisce a pieno titolo nell'insieme degli interventi della sanità pubblica, in cui la prevenzione sanitaria svolge un ruolo centrale.

A fronte di ciò in Italia esistono ancora numerose carenze normative e applicative rispetto alle raccomandazioni internazionali sull'applicazione della VIS con la conseguenza che spesso la valutazione della componente salute è trattata in maniera non completa o del tutto carente.

L'obbligo della VIS nell'ambito della Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) è stato introdotto recentemente in seguito al recepimento della Direttiva 2014/52/UE, concernente la VIA di determinati progetti pubblici e privati. La stessa prevede che gli Stati membri possano avere la facoltà di stabilire misure di protezione più rigorose. Il D.Lgs. 16 giugno 2017, n. 104 ha recepito la Direttiva 2014/52/UE e apportato le conseguenti modifiche al Codice ambientale (D.Lgs. n. 152/2006) nell'ambito VIS in materia di VIA, introducendo alcune norme aggiuntive che se da una parte rendono obbligatoria la VIS, dall'altra prevedono tale obbligo solo per alcune specifiche tipologie di impianti sottoposti a VIA di competenza statale, contemplati dall'art. 12. La VIS dovrà essere predisposta in conformità alle linee guida adottate con decreto del Ministro della salute, che si avvale dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le attuali linee guida sulla VIS elaborate dall'ISS (Rapporto ISTISAN 17/4), non ancora recepite con decreto ministeriale, risultano non sufficientemente esplicative e poco aderenti alle nuove esigenze normative, soprattutto non specificano nel dettaglio le informazioni obbligatorie che i proponenti sono tenuti a fornire per consentire alle istituzioni di effettuare la VIS, tenuto conto anche dell'abrogazione del DPCM 27/12/1988, unico atto normativo in cui venivano esplicitate tali informazioni.

In relazione alla *Valutazione Integrata di Impatto Ambientale e Sanitario - VIAS*, recenti atti di indirizzo emanati sulla gestione del caso dell'ILVA di Taranto hanno chiarito che la VIAS non trova riscontro nella normativa vigente, in quanto tale strumento non ha cogenza e viene citato unicamente dalle Linee guida per la VIAS nelle procedure di valutazione ambientale (VAS, VIA, AIA) predisposte da un GdL del Sistema Nazionale a rete per la protezione dell'ambiente (SNPA) e inoltre non risultano allo stato applicate da nessuna autorità competente in materia AIA.

Infine, la *Valutazione del Danno Sanitario (VDS)* a differenza della VIS, si configura come uno strumento che interviene ad AIA già rilasciata proprio per valutare l'effetto sanitario dell'esercizio dell'installazione, a seguito dell'implementazione delle prescrizioni ambientali impartite dall'AIA sulla base delle migliori tecniche disponibili (cd. "BAT", dall'acronimo *Best Available Techniques and Best Environmental Practices*) e quindi non ha alcun

Da quando finora evidenziato appare forte l'esigenza di riqualificare le valutazioni preventive a supporto delle Amministrazioni e la necessità di fornire indicazioni più puntuali e complete per sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di valutazione di impatto ambientale. A tal fine è importante rafforzare il contributo della epidemiologia sul tema ambiente e salute e fornire supporto alle regioni nell'attuazione degli obiettivi e delle linee operative del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, in particolare del Macro Obiettivo 2.8 di riduzione delle esposizioni ambientali dannose per la salute.

Per dare attuazione all'esigenza di adottare una strategia nazionale per il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le azioni nazionali e regionali in campo ambientale e sanitario, a guida centrale, è stata istituita presso la Direzione Generale della prevenzione sanitaria del ministero della salute un'apposita Task Force Ambiente e Salute (TFAS).

Principali obiettivi operativi: supporto alle politiche di miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua, suolo secondo il modello della "salute in tutte le politiche"; potenziamento della sorveglianza epidemiologica; disponibilità di strumenti e percorsi interdisciplinari validi per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti; formazione degli operatori del settore sanitario e ambientale e comunicazione del rischio in modo strutturato e sistematico. Il mandato interistituzionale è quello di arrivare alla definizione di linee guida nei diversi ambiti, concordate tra istituzioni scientifiche ambientali e sanitarie, in linea con il PNP 2014-2018 e i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)[7].

Nella prima riunione di insediamento della TFAS, 11 gennaio 2018, è stato concordato un Programma di lavoro coerente con il mandato della TFAS e con le esigenze delle Regioni di attuare gli obiettivi centrali del PNP 2014-2018.

Vista la numerosità, la complessità e l'intersectorialità delle tematiche da trattare, è stato previsto un primo ciclo di attività, suddiviso per aree di lavoro, ciascuna area affidata a uno specifico Gruppo di Lavoro, che in una prima fase affronteranno le seguenti tematiche:

- Linee Guida sulla VIS e gestione dei rischi sanitari nel contesto delle diverse tematiche e matrici ambientali, partendo da documenti di indirizzo ed esperienze già realizzate o in corso d'opera.

- Linee Guida sulla Comunicazione del rischio.

- Linee Guida sulla Formazione e Ricerca.

- Linee Guida per lo sviluppo di sinergie tra strutture sanitarie di prevenzione e strutture del sistema nazionale a rete per la protezione ambientale, che forniranno indirizzi finalizzati a facilitare l'integrazione e il coordinamento e rafforzare la governance, ai vari livelli, tra strutture/istituzioni deputate alla tutela ambientale ed alla tutela sanitaria.

L'auspicio è che attraverso il contributo qualificato di questo tavolo tecnico si possa finalmente costruire la tanto attesa integrazione tra le strutture organizzative sanitarie e ambientali, valorizzando esperienze e buone pratiche già avviate e consolidate in diverse regioni italiane e stimolare l'attività normativa, ove possibile, per superare ostacoli, criticità e inadempienze.

Annamaria de Martino

Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, Ministero della Salute

[1] Report "Healty environment, Healty People", 2016 UNEP

[2] Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease, WHO, 2016

[3] Editorial. A Commission on Climate change. Lancet 2009;373:1659

[4] Commissione Europea (2017) – Special Eurobarometer 468 "Attitudes of European citizens towards the environment"

quotidianosanita.it

Martedì 03 LUGLIO 2018

Certificati medici facili? Fimmg: "Serve riforma. Certificare non può diventare un incubo per il medico"

Il vice segretario del sindacato dei medici di famiglia Pier Luigi Bartoletti interviene sulla [sentenza della Corte dei conti dell'Umbria](#) che ha sanzionato un medico reo di aver certificato una malattia ad un dipendente che però aveva simulato il malanno. "Se stare a casa e curarsi è un diritto del lavoratore, questo non può diventare un incubo per chi lo deve certificare". E poi rilancia la proposta di autocertificazione per i primi 3 giorni di malattia.

"La sentenza della Corte dei Conti Umbria (n. 47 del 20 dicembre 2017) che addossa la colpa al medico di famiglia, reo di aver certificato la malattia di un dipendente pubblico, giudicandolo corresponsabile della condotta dolosa del dipendente che ha simulato, anche attraverso documentazione clinica, un lungo periodo di malattia, rende urgente una rivisitazione del sistema di responsabilità connesso alla certificazione". Lo dichiara il vice segretario nazionale vicario della FIMMG, Pier Luigi Bartoletti.

"E' ineludibile la necessità di rivedere un modello che scarica sul medico di famiglia le inefficienze di un sistema caricandolo di oneri e responsabilità burocratiche sempre più collidenti con il suo impegno di medico, togliendo tempo ed energia al lavoro clinico – sottolinea Bartoletti -. E' ora che l'autocertificazione dei primi tre giorni, da disegno che giace da anni alle Camere, diventi legge. Questo aiuterebbe a responsabilizzare il lavoratore ed a dare ai medici certificatori la possibilità di lavorare con più serenità concentrandosi sulle malattie più serie e diagnosticabili".

"Mentre nel codice penale militare è un reato simulare un "infermità" per evitare il servizio ed ingannare il medico militare, sembra che tra i "civili" farsi "buggerare" da un furbacchione diventi una colpa per il tapino che ci capita – prosegue Bartoletti -. Oltre l'amarezza nel leggere tali cose, rimane il fatto che si evidenzia una inefficienza dei controlli, che però non viene nominata. In sei mesi di malattia perlomeno qualcuno avrà verificato fiscalmente la presenza o meno di tali patologie, se nessuno l'ha fatto c'è da chiedersi perché, se qualcuno invece l'ha fatto allora cosa c'entra il medico di famiglia? Sparare sul più debole della filiera di responsabilità in merito alla certificazione è un pericoloso modo di fare. Intimorisce chi tutti i giorni, certificando la malattia, tutela un diritto del cittadino, innescando così pericolose quanto umane dinamiche difensive a scapito sia del cittadino che del sistema stesso. È un fatto che tutta la certificazione di malattia ricada sulle spalle della nostra categoria, determinando un considerevole aggravio di compiti e responsabilità senza alcuna tutela nei confronti di eventuali furbacchioni, ma anzi pure il rischio di essere condannati per avere in buona fede certificato una malattia. Bisogna rivedere la materia e la norma, perché, se stare a casa e curarsi è un diritto del lavoratore, questo non può diventare un incubo per chi lo deve certificare" conclude Bartoletti.

quotidianosanita.it

Martedì 03 LUGLIO 2018

L'Ospedale Cardarelli di Napoli investe 3 milioni di euro nella tecnologia PACS in cloud

Tra i primi ospedali pubblici in Italia a dotarsi di questa innovazione che permetterà di concentrare l'attenzione sulle esigenze degli operatori sanitari e la qualità delle cure senza doversi più preoccupare di tutte le incombenze legate alla gestione della parte hardware come sicurezza dei dati e backup degli stessi, spazio di archiviazione e obsolescenza dei server.

Con oltre 950 posti letto e un numero di esami che si stima attorno ai 170.000 all'anno, l'ospedale "Antonio Cardarelli" di Napoli si conferma il più grande del Sud Italia, rappresentando un importante punto di riferimento a livello nazionale, non solo legato al Meridione. Ora ha deciso di investire 3 milioni di euro per i prossimi cinque anni nella soluzione Carestream PACS in cloud, continuando il proprio percorso di crescita e aggiornamento professionale al fine di offrire, ai propri pazienti, soluzioni innovative e all'avanguardia.

"Grazie a questi strumenti informatici forniti da Carestream, in particolare, – spiega una nota – l'Ospedale potrà concentrare la propria attenzione sulle esigenze degli operatori sanitari e la qualità delle cure senza doversi più preoccupare di tutte le incombenze legate alla gestione della parte hardware come sicurezza dei dati e backup degli stessi, spazio di archiviazione e obsolescenza dei server. La scelta di optare per una soluzione in cloud inoltre permette una gestione dei dati sensibili dei propri pazienti estremamente sicura nel rispetto del nuovo regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR)."

Si aggiunge così un altro tassello alla "road map" tracciata dalla Direzione strategica del Cardarelli, che punta a valorizzare con i fatti le eccellenze impegnate nell'Azienda ospedaliera. "Il quadro d'insieme è ampio – spiega il dg **Ciro Verdoliva – la strategia complessiva ci porterà rapidamente alla crescita digitale iniziata con la cartella clinica informatizzata, passaggio necessario per garantire maggiori livelli di efficienza, sicurezza e rapidità nell'erogazione dei servizi ai nostri utenti".**

Quella del Cardarelli rappresenta, quindi, una delle prime due installazioni in cloud per una struttura sanitaria pubblica in Italia; "Un'ulteriore dimostrazione dell'efficienza e la propensione all'innovazione tecnologica che ci contraddistingue nonostante le difficoltà economiche del nostro tempo".

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Due terzi delle malattie e della conseguente mortalità nelle città correlati a stili di vita scorretti

panoramasanita.it/2018/07/04/due-terzi-delle-malattie-e-della-consequente-mortalita-nelle-citta-correlati-a-stili-di-vita-scorretti/



0
0
0
0
0

3,2 milioni di morti all'anno per inattività fisica, 0,4 per ipertensione, 4,4 per obesità, 3,7 per inquinamento: sono i numeri legati all'urbanizzazione. Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation favorisce il confronto per attivare iniziative volte a migliorare la salute, soprattutto nelle città.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte; assieme a tumori, diabete e disturbi respiratori cronici costituiscono oggi il principale rischio per la salute e lo sviluppo umano, secondo quanto emerso nel corso dell'11th Italian Diabetes & Obesity Barometer Forum svoltosi ieri a Roma, promosso da Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Health City Institute, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, I-Com – Istituto per la Competitività e Cities Changing Diabetes, con il patrocinio di Roma e il contributo non condizionato di Novo Nordisk. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le malattie non trasmissibili sono responsabili di oltre i due terzi delle morti a livello globale, circa 36 milioni di persone. Una buona parte di queste è attribuibile a rischi legati all'urbanizzazione. Le città uccidono principalmente a causa di stili di vita scorretti come l'inattività fisica, responsabile di obesità e diabete, correlate a loro volta al rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori. «L'ambiente creato dall'urbanizzazione ha un forte impatto sulla salute dei cittadini», dice Andrea Lenzi, Presidente del Comitato di Biosicurezza, Biotecnologie e Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente dell'Health City Institute. «I dati che abbiamo a disposizione indicano però che solo un terzo del problema sia legato all'inquinamento atmosferico; ben i due terzi è correlato a comportamenti individuali che spesso lo stile di vita cittadino porta ad adottare e che mettono in serio pericolo la salute». L'inattività fisica, infatti, causa 3,2 milioni di morti ogni anno, l'ipertensione 0,4 milioni, l'obesità è responsabile di 4,4 milioni di morti annui e l'inquinamento di 3,7 milioni. Non solo, da un'analisi dell'impatto sui sistemi sanitari in termini economici è emerso che l'inattività fisica è costata oltre 37 milioni di dollari nel 2013, tra spese sanitarie e perdita di produttività, il diabete è stato responsabile di un aumento della spesa sanitaria da 612 a oltre 1.000 miliardi di dollari negli ultimi 10 anni e l'inquinamento atmosferico ha avuto un impatto sulla spesa sanitaria di 21 miliardi di dollari nel 2015. «Malattie come il diabete e l'obesità, responsabili anche di un aumento del rischio cardiovascolare, costituiscono un serio

ben il 44 per cento di tutti i casi di diabete tipo 2 è attribuibile proprio all'obesità e al sovrappeso, malattie legate soprattutto agli stili di vita scorretti. Questi dati sono ancora più preoccupanti se si considera che il rischio complessivo di morte prematura raddoppia ogni 5 punti di crescita dell'indice di massa corporea: una persona con diabete e sovrappeso ha quindi un rischio raddoppiato di morire entro 10 anni, rispetto a una persona con diabete di peso normale, e una persona con diabete e obesa addirittura un rischio quadruplicato. Per non parlare poi del fatto che quella che viene definita 'diabesità' è strettamente legata alla principale causa di morte in assoluto: le malattie cardiovascolari. Infatti, la prevalenza delle malattie cardiovascolari nel diabete, ossia il numero di persone con diabete che vanno incontro nella loro vita ad almeno un evento cardiovascolare, è del 23,2 per cento: in pratica una su 4». «Il problema non può più essere sottovalutato, tanto più considerando la crescita costante della popolazione urbana mondiale, che ogni anno aumenta di circa 60 milioni di persone», dice Domenico Mannino, Presidente Associazione Medici Diabetologi (AMD). «Secondo l'International Diabetes Federation nei prossimi 25 anni 3 persone con diabete su 4 vivranno nelle città. È tempo quindi sia di pensare diversamente la nostra vita e di cambiare i nostri comportamenti come cittadini ma anche fare in modo che i centri urbani siano più salutari. Gli amministratori della città saranno sempre più in prima linea, nel collaborare con i medici, per contrastare questo fenomeno. Importante può essere quindi la sinergia tra Amministrazione Cittadina, Università, Enti di Ricerca e Imprenditoria privata». «Iniziative come l'Italian Barometer Diabetes & Obesity Forum che IBDO Foundation organizza da ben 11 anni, ha un grande merito in questo senso: mette a confronto clinici, accademici, decisori politici e Istituzioni nazionali, amministrazioni locali, società civile e terzo settore e favorisce il dialogo, facilitando la ricerca e l'affinamento di soluzioni condivise alle sfide di salute del terzo millennio», conclude Renato Lauro, Presidente IBDO Foundation.

Il Messaggero

Vitamina D: protegge dal cancro del colon

LA RICERCA

Avere alti livelli di vitamina D nel sangue protegge contro il tumore più comune in Italia, quello del colon-retto.

La conferma di questa importante funzione di scudo protettivo di una vitamina già nota per i suoi molti benefici per la salute è uno studio internazionale nato dalla collaborazione di ricercatori europei, americani e asiatici, pubblicato sul Journal of the National Cancer Institute.

«Il rischio di sviluppare un tumore del colon-retto nel corso della vita è di una donna su 24 e di un uomo su 22; è la seconda causa di decessi attribuibili a tumore negli uomini e nelle donne», spiega Sabina Sieri, epidemiologa presso la Fondazione Ircs-Istituto Nazionale dei Tumori e co-autore dell'articolo. È stato già ipotizzato che la vitamina D, nota per il suo ruolo nel mantenimento della salute dell'osso, possa ridurre il rischio di sviluppare questo tumore attraverso diverse vie metaboliche implicate nella regolazione cellulare. La protezione si presenta più evidente nelle donne. Ciò suggerisce, conclude Sieri, che i livelli "raccomandati per la salute delle ossa potrebbero essere inferiori a quelle che sarebbero ottimali per la prevenzione del tumore del colon-retto".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bere caffè (anche molto) regala longevità

LO STUDIO

Bere caffè allunga la vita, anche quando se ne consuma tanto. Lo rivela uno studio pubblicato da *Lancet Internal Medicine*, secondo cui la mortalità cala del 12% anche in chi è più sensibile agli effetti della caffeina.

I ricercatori dello U.S. National Cancer Institute hanno studiato i dati di 500 mila britannici, sottoponendoli a questionari sul consumo di caffè e a un test genetico. Un terzo dei partecipanti beveva da due a tre tazze al giorno, mentre 10 mila superavano le otto. I soggetti, tra 40 e 69 anni, sono stati seguiti per dieci anni. Il minor rischio, spiegano gli autori, riguarda tutti i consumatori di caffè, indipendentemente dalla quantità, ed è stata trovata anche in chi ha la variante del Dna che rende più lento il metabolismo della caffeina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità

Assistenza ai disabili niente sospensione dopo il pressing Asl

► I centri privati di Napoli Nord hanno rinunciato alla serrata ► È stata paventata la possibilità d'interruzione di pubblico servizio



LA RETROMARCIA È arrivata dopo una nota del manager dell'Asl, D'Amore

LA SCHIARITA

Ettore Mautone

Assistenza ai disabili gravi e programmazione dei tetti di spesa per i centri di riabilitazione privati accreditati: rientra la serrata annunciata. Le strutture del territorio di Napoli nord, nei giorni scorsi mobilitate per una chiusura a oltranza, continueranno dunque ad accogliere i pazienti sia in regime ambulatoriale sia prestando assistenza domiciliare e garantendo la continuità delle attività di convitto e semiconvitto. La schiarita arriva a fronte di una nota recapitata dal manager della Asl Antonio D'Amore in cui è richiesta la continuità delle cure. «Al fine di scongiurare l'ipotesi di interruzione di un pubblico servizio - scrive d'Amore nella missiva inviata alla Federazione Fras, all'Aias di Afragola, al centro Panda e al Day hospital Dhc, unica struttura attiva a Ischia - che potrebbe configurare la sospensione delle attività di riabilitazione intensiva ed estensiva, vi invitiamo a non interrompere le attività di assistenza». Invito subito raccolto dai destinatari, in quanto sufficiente a garantire il riconoscimento delle prestazioni erogate, anche se oltre la soglia dei limiti dei tetti di spesa.

GLI OSTACOLI

I nodi della programmazione restano tuttavia al pettine e la firma ai contratti (che disciplinano le attività dei centri di riabilitazione accreditati con l'Asl Napoli 2 e con le altre della Campania per il prossimo biennio) sono ancora in alto mare. La strada che conduce alla definitiva schiarita potrebbe essere percorribile con una circolare attuativa del decreto (n. 41 dello scorso giugno) con cui la struttura commissariale ha previsto i tetti di spesa per i vari setting assistenziali della riabilitazione. La contesa riguarda l'assegnazione di maggiori

risorse al regime residenziale e semiresidenziale (sottoutilizzate) a danno delle attività ambulatoriali e domiciliari invece prevalenti ma sottofinanziate per circa 14 milioni di euro annui. Sottoutilizzi distribuiti per 531 mila euro ad Avellino, 1,8 milioni a Benevento, 2,41 milioni a Caserta, 2,9 a Napoli centro, 3,1 a Napoli nord, 2,2 a Napoli sud e 1,2 milioni a Salerno per un totale appunto di 14 milioni sufficienti e remunerare i settori assistenziali invece scoperti

LA NOTA

Come chiarito dalla direzione generale per la Tutela della Salute di palazzo Santa Lucia, in una nota pervenuta alle Asl il 2 luglio, "sono in corso monitoraggio sull'appropriatezza e sull'applicazione dei percorsi riabilitativi anche con il coin-

volgimento delle associazioni di categoria".

LE TRATTATIVE

Su questo fronte **Ciro Salzano**, che guida l'associazione Fras, è disposto a tenere aperte i centri di riabilitazione concentrati soprattutto sul territorio di Napoli nord, ma per la firma dei contratti con le Asl (per il 2018 e il 2019), chiede un confronto sul merito sulla scientificità dell'iter seguito per definire il fabbisogno. L'Aspat, invece, che con il suo presidente **Pierpaolo Polizzi** svolge il ruolo di portavoce di una mezza dozzina di associazioni del settore, richiama quanto il governatore **Vincenzo De Luca**, ha già indicato in passato ai manager Asl con circolari ad hoc, applicando con flessibilità i tetti di spesa tra un tipo di prestazione (ambulatoriale e domiciliare) e l'altra (convitto e semiconvitto) attingendo allo stesso budget senza ulteriori aggravii di spesa per le Asl. Per il resto viene apprezzato l'impianto del decreto e di quanto programmato dalla Regione. Il primo incontro tra i tecnici della Regione e associazioni di categoria c'è stato proprio ieri. "E' stato avviato un confronto - avverte Polizzi - che ha consentito di spiegare nel dettaglio le nostre rivendicazioni nell'esclusivo interesse della fascia di utenza dell'età evolutiva, bambini che è possibile seguire solo in assistenza ambulatoriale. Uno sforzo finalizzato al mantenimento di una rete erogativa che oggi fornisce servizi, assistenza e lavoro qualificati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**RESTA IL NODO
DEI TETTI DI SPESA:
POCHE RISORSE
ASSEGNATE ALLE
ATTIVITA' DOMICILIARI
E AMBULATORIALI**



Dalla sicurezza ai posti letto i buchi neri del post-Basaglia

Ettore Mautone

Pazzi e criminali nella stessa corsia: 40 anni dopo la legge Basaglia niente, o quasi. Via dal 2014, l'orrore degli Opg, ospedali psichiatrici giudiziari, oggi ci sono le Rems (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) dove risistemare i folli socialmente pericolosi. Strutture più piccole, di massimo 20 posti, ma mal distribuite sul territorio, sebbene pensate come luoghi di cura e reinscrimento oltre che di detenzione. Qui spesso la strada per un ricovero resta sbarrata dalle carenze di posti, dalle difficoltà fisiche di accesso, dalle disposizioni burocratiche per dirottare un paziente assistito in un Tso (Trattamento sanitario obbligatorio in urgenza) classificato tra le persone socialmente pericolose.

I PERCORSI DI CURA

Cosa resta dunque dei percorsi di cura? La psichiatria del territorio parla ovunque di carenze:

pochi fondi - ben lontani dal 5% del fondo sanitario nazionale destinato dai Piani sanitari degli ultimi 15 anni - scarsa sicurezza per degenti e personale, psichiatri e operatori col contagocce, posti letto al lumicino, il deserto di servizi territoriali, un privato eterno cantiere attorno alla bussola della deospedalizzazione. E così i reparti di degenza (servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Spdc in sigla) restano sguarniti e puoi trovare, come a Sessa Aurunca, nella stessa stanza e con trattamenti talvolta simili, uno schizofrenico innocuo e un pazzo criminale capace di tutto, anche di uccidere il compagno di stanza con

le sue mani.

«Gli Spdc - avverte Paolo Cantalupo, responsabile del settore psichiatria della Cimo della Asl Napoli 1 - sono oggi dei luoghi dove mancano del tutto i cosiddetti luoghi di riabilitazione e decantazione del disagio. La crisi di un paziente pericoloso non può essere adeguatamente contenuta perché il personale è scarso, mancano i posti letto. Per ogni reparto dei 16 previsti 2 dovrebbero essere dedicati a pazienti provenienti dai Tso, monitorati costantemente. Così quando c'è un'urgenza spesso questi pazienti restano nel pronto soccorso sorvegliati a vista da uno psichiatra e non si sa dove portarli. A Napoli c'è solo il San Giovanni Bosco ad esempio con un reparto dedicato, in attesa dell'Ospedale del mare, mentre il San Gennaro opera senza il pronto soccorso previsto dalle norme. E spesso abbiamo gli psichiatri che vanno nelle carceri per prestare cure».

LE REMS INACCESSIBILI

Le Residenze per i pazienti pericolosi (Rems), alternativa agli Opg, restano dunque poco accessibili, senza un reale raccordo con la rete dei servizi psichiatrici dei grandi centri urbani e sostanzialmente irraggiungibili da chi dopo un Tso è classificato tra i pazienti pericolosi per atti criminali.

Il primo nodo da sciogliere riguarda la collocazione urbana delle (poche) Residenze per l'emissione delle misure di sicurezza. In Campania dopo la chiusura di Secondigliano e la smobilitazione di Aversa le Rems si contano sulle dita di

una sola mano tutte lontane dai centri urbani. Sono a Roccaromana, dove c'è un'ex scuola riadattata, dislocata in un viale di campagna e a San Nicola Baronia nell'alto Avellinese. Di più se ne contano a Caserta: una a

La piscina Matteo Salvini durante la visita a un'azienda sottratta alla mafia Monteroni d'Arbia

Mondragone, dove è più centrale ma le persone internate sono a contatto con chi frequenta il centro diurno, facendo le stesse attività e con gli stessi operatori. Qui è favorita la risocializzazione ma minata la sicurezza. Poi ci sono le strutture di Calvi risorta e di Vairano. Niente a Napoli per cui almeno in 300, disturbati e pericolosi restano rinchiusi all'interno delle carceri. Alcuni restano anche in circolazione in libertà in attesa che si liberino dei posti. Che mancano sebbene continuamente richiesti da pm e magistrati. Posti che dovrebbero accogliere pazienti in percorsi differenziati a seconda della pericolosità e disposizioni del giudice e non solo autori di reati giudicati infermi o semi-infermi di mente. Di sicuro chi è socialmente pericoloso e non adatto a soluzioni meno restrittive. E così la cruda realtà sempre più spesso invade gli spazi della cronaca. A segnare la confusione di percorsi, le contraddizioni, le approssimazioni della programmazione scadente, le scarse risorse, le leggi frettolose e inadeguate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**A NAPOLI NON CI SONO
REMS, LE RESIDENZE
DEDICATE PREVISTE
CON LA DISMISSIONE
DEGLI OSPEDALI
PSICHIATRICI**

**A CASERTA
PAZIENTI RITENUTI
SOCIALMENTE
PERICOLOSI SONO
A CONTATTO
CON GLI ALTRI**

La grande afa costringe spesso a modificare la terapia
La decisione deve essere concordata con il medico
Chi ha la pressione alta deve bere acqua in abbondanza

Iperensione come il caldo cambia la vita

**IL CARDIOLOGO VOLPE
DEL S. ANDREA DI ROMA:
«TEST DA SFORZO
PRIMA DI PARTIRE
PER CHI IN FERIE
FARÀ MOLTO SPORT»
LA PATOLOGIA**

Anche se in ritardo sulla tabella di marcia, alla fine il grande caldo è arrivato. E, per molti pazienti, anche il momento di cambiare alcune abitudini di vita quotidiana, l'alimentazione e la terapia. Tra questi, coloro che soffrono di ipertensione e prendono farmaci per contrastarla. Tutti, davvero, devono diminuire il numero di pasticche giornaliere? «Durante questi mesi - spiega Massimo Volpe, presidente della Società italiana per la prevenzione cardiovascolare e ordinario di Cardiologia al Sant'Andrea di Roma - complici il caldo e le ferie che consentono di allentare lo stress i valori pressori tendono a scendere. Per questo, il paziente è portato a ridurre la terapia. La scelta, però, deve essere sempre condivisa con il medico».

LE VERTIGINI

Va ricordato che la pressione, infatti, può variare da un giorno all'altro: è importante portare in vacanza l'apparecchio per la misurazione. Tenendo a mente che la "normale" è una pressione uguale o inferiore a 120 di massima e a 80 di minima. Da portare sempre con sé, anche le medicine che potrebbero non essere facilmente reperibili nelle località di vacanza. Il caldo ha un impatto importante sull'apparato cardiocircolatorio perché determina vasodilatazione, fa lavorare di più il cuore, provoca sudorazione e perdita di liquidi, esponendo così al rischio di disidratazione. Anche nelle persone non affette da malattie di cuore, possono verificarsi disturbi collega-

ti all'ipotensione (caduta della pressione arteriosa), con comparsa di sintomi quali vertigini, palpitazioni, senso di mancamento, necessità di assumere la posizione sdraiata.

Gli ipertesi possono viaggiare in sicurezza, con qualunque mezzo: vale la pena ricordare che all'interno di una cabina di aereo pressurizzata è come se ci si trovasse ad un'altitudine di 1500-1800 metri. «Se durante l'estate, si ha intenzione di intensificare l'attività fisica - prosegue Volpe - meglio programmare un test da sforzo prima di par-

tire, anche per valutare i propri limiti. Le complicanze dell'ipertensione non sono sempre prevenibili».

GLI SBALZI

Acqua in abbondanza per tutti in estate. Ancora di più se si soffre di pressione alta. «Assicurare un adeguato apporto di liquidi - è sempre il cardiologo a parlare - è molto importante soprattutto se si è in trattamento con diuretici, per non incorrere nel rischio di disidratazione. L'alimentazione poi deve essere frazionata: mai appesantirsi troppo, soprattutto nelle giornate calde. I soggetti ipertesi sono, tra l'altro, maggiormente esposti al rischio di una congestione». Da evitare gli sbalzi da temperature troppo calde a troppo fredde. Esporsi a lungo al sole per poi tuffarsi in acque fredde può essere pericoloso soprattutto in coloro che prendono i farmaci.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I nodi dell'economia

Tria: la "Flat tax" a tappe spesa pubblica congelata

► Il ministro in Parlamento: riduzione delle tasse prima per ceti bassi e Pmi ► «Il Pil rallenta». Con l'Ue trattativa per far slittare il pareggio di bilancio

**IL GOVERNO RENZI
NEL MIRINO: «HA
CHIESTO FLESSIBILITÀ
IN EUROPA PER GLI
INVESTIMENTI MA
POI NON LI HA FATTI»**

**AL MINISTERO SARANNO
CREATE TRE TASK FORCE
PER METTERE A PUNTO
RIDUZIONE DELLE IMPOSTE
REDDITO DI CITTADINANZA
E INVESTIMENTI PUBBLICI**

L'INTERVENTO

ROMA Mettere in freezer la spesa pubblica corrente. Congelarla ai livelli attuali «nominali», non permettendole cioè, di crescere nemmeno al ritmo della sola inflazione. Il ministro dell'Economia, Giovanni Tria, ha proposto una sorta di cura shock per i conti pubblici e che gli è subito valsa, un'accusa di «rigorismo alla Monti» da parte del deputato di Fratelli d'Italia Guido Crosetto. L'idea di bloccare le spese di tutta la macchina statale al livello attuale, è stata lanciata dal ministro dell'Economia nell'audizione sulle linee programmatiche del suo dicastero e inserita tra le «linee strategiche» da seguire. Al blocco della spesa corrente primaria, farebbe da contrappeso un aumento della spesa in conto capitale, quella per gli investimenti.

L'effetto, insomma, sarebbe quello di una ricomposizione delle uscite dello Stato. Un eser-

cizio che non sarà semplice, visto che i grandi capitoli di spesa che compongono il bilancio pubblico sono le pensioni, la sanità, il pubblico impiego e i trasferimenti agli enti locali. Voci che, nel complesso, il prossimo anno sono date in aumento di una decina di miliardi, per poi salire di 20 miliardi nel 2020 e di 30 miliardi nel 2021. Bloccare la spesa ai livelli attuali equivarrebbe a un taglio di analoghe proporzioni. Gli altri due punti strategici della sua azione, sono stati indicati ieri da Tria nella riduzione del rapporto tra il debito e il Pil e nel non far peggiorare il saldo strutturale di bilancio. Tutte parole che suonano come musica alle orecchie di Bruxelles, con cui Tria ha già in piedi un negoziato per ottenere spazi di flessibilità sui conti per iniziare ad attuare il contratto di programma del governo. Proprio sulle promesse contenute nell'accordo firmato da Cinque Stelle e Lega, il ministro dell'Economia ha dovuto esercitare una buona dose di equilibrismo. Gli impegni saranno rispettati, ha spiegato, ma con «l'ovvio pensiero sano di chi dice che non si possono far saltare i conti». Il calo delle tasse, allora, non potrà che essere scagionato. La Flat Tax arriverà con un processo a tappe, con un «cronoprogramma per l'applicazione progressiva», coerente con la riduzione della spesa pubblica». Si comincerà con «l'alleggerimento dalle Pmi e dalle classi medio-basse». Anche il reddito di cittadinanza rimane nel menù delle cose da fare. Ma tutto, per ora, viene rimandato a delle task force incaricate di studiare gli effetti delle principali misure pro-

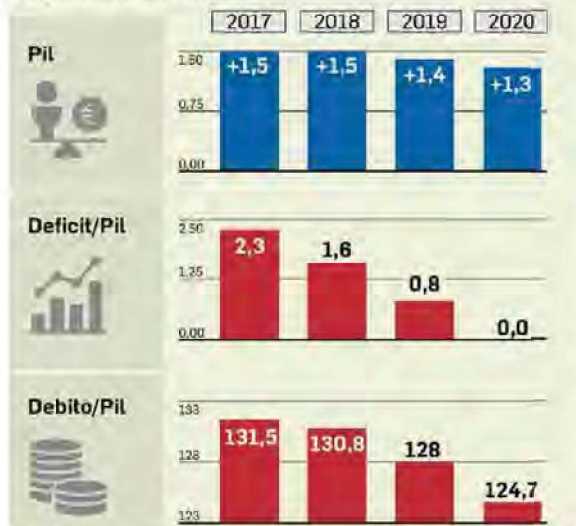
messe dai partiti. Ne saranno costituite tre: la prima si occuperà di effettuare una due diligence sulla spesa per il welfare e valutare l'impatto dell'introduzione del reddito di cittadinanza. La seconda di verificare i profili di gettito della flat tax. La terza sarà sugli investimenti. Il ministro ha garantito poi, che per quest'anno non ci sarà una manovra bis, anche perché il «pil rallenta» e sarebbe controproducente correggere i conti. Ma soprattutto ha chiarito che il governo non ha intenzione di varare nessuna «patrimoniale». Notizia quest'ultima, subito salutata con soddisfazione da Confedilizia.

LE ALTRE MISURE

Anche la "pace fiscale", il condono proposto dalla Lega si farà. Ma trattandosi di una misura una tantum, ha spiegato il ministro, non potrà andare a copertura di spese pluriennali. La strategia del ministro inizia, insomma, a delinearsi. Tria ha iniziato a negoziare spazi di deficit con la Commissione europea alla quale chiederà, ormai è certo, anche un allungamento del no-

I conti attesi

Previsioni degli esperti del Ministero dell'Economia a legislazione corrente



Fonte: Del tecnico di aprile

ANSA **Conti**



ALL'HUMANITAS DI ROZZANO

Minirobot e uso di intelligenza artificiale: la sfida hitech contro i tumori al polmone

Parte il programma SMAC: il computer prevederà le malattie dei fumatori

■ Stanare i tumori al polmone prima che diano sintomi, con tecniche innovative, interventi di robotica mini invasivi, prelievi del sangue che ti dicono di tutto e di più. Il 12 luglio è una data da annotarsi sull'agenda perché all'Humanitas si parlerà di tumori ai polmoni: quello temuto dai tabagisti, che ora avrà un il programma di prevenzione chiamato SMAC. Messo a punto dalla Dott.ssa Giulia Veronesi, è dedicato alla diagnosi tempestiva delle malattie polmonari e cardiovascolari su fumatori forti ed ex fumatori, tramite un programma di screening gratuito.

Il progetto si rivolge a persone ad alto rischio per esposizione al fumo. I primi test sono in programma per settembre di quest'anno: «Attraverso lo screening - spiega la dott.ssa Veronesi - riusciamo a trovare i tumori prima che diano sintomi della loro presenza, in una fase in cui sono operabili nell'80% dei casi. Attualmente la maggior parte dei pazienti arriva alla diagnosi quando compaiono i sintomi, dunque con la malattia già più avanzata e minori possibilità di guarigione. Inoltre, grazie allo screening, si possono individuare tumori molto piccoli, che possono essere trattati con chirurgia mini-invasiva robotica e personalizzata, risparmiando la maggior parte del polmone sano, con recupero funzionale rapido e dimissione precoce. Il nostro obiettivo è coinvolgere le istituzioni affinché lo screening polmonare venga inserito anche fra le misure

di politica sanitaria nazionale italiana proprio grazie a questo studio pilota messo a punto con l'ATS della Città metropolitana di Milano e i medici di famiglia».

Nella ricerca sarà sfruttata anche l'Intelligenza Artificiale per la diagnosi di noduli polmonari: «Abbiamo previsto di istruire un supercomputer con le immagini Tac di screening affinché in futuro sia lui ad eseguire la diagnosi differenziale tra noduli benigni e maligni del polmone, evitando biopsie e interventi invasivi per i pazienti», spiega il prof. Arturo Chiti, responsabile Medicina Nucleare di Humanitas e docente di Humanitas University.

Non poteva mancare anche il prelievo di sangue premetterà di approfondire lo studio sui marcatori molecolari del tumore: in pratica con la "biopsia liquida" si analizzano molecole e cellule per scoprire, se nei soggetti a rischio vi siano nel sangue cellule tumorali, frammenti di geni tumorali o particolari proteine. Nello screening è compresa anche la TAC toracica a basso dosaggio, associata ad una intensa attività antifumo: la TAC permette di calcolare il grado di calcificazione delle arterie coronariche, che è direttamente proporzionale al rischio di infarto o di stenosi delle coronarie. Inoltre sono previsti alcuni esami tra cui calcio coronarico alla TC e spirometria, per il rilevamento del rischio cardiovascolare e diagnosi precoce dell'enfisema e della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).



RIVOLUZIONARIO Il 12 luglio, all'Humanitas si parlerà del metodo

Sono 105mila all'anno le "morti evitabili" ossia i decessi avvenuti prima dei 75 anni per cause prevedibili. Per evitarle va garantito equo accesso al sistema sanitario

In Campania si muore di diagnosi carenti

NAPOLI (rp) - Sono circa 105mila le morti evitabili ogni anno nel nostro Paese, ovvero i decessi avvenuti prima dei 75 anni per cause prevedibili o trattabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce o altre forme di assistenza sanitaria. E quasi 90mila decessi all'anno sono dovuti alla mancanza di prevenzione primaria, quella, cioè, basata su interventi mirati a evitare a monte l'insorgenza di una malattia, per esempio a partire dall'adozione di corretti stili di vita. L'allarme arriva dalla Fnomceo, Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, che ha pubblicato sul sito un articolo che rilancia alcuni dei dati emersi dalle statistiche diffuse a gennaio dal

Rapporto Mev e, in questi giorni, da EuroStat. Dal Rapporto Mev si evincono - sottolinea Fnomceo - chiare differenze regionali relativamente alla mortalità evitabile (prevenibile e trattabile): in cima alla classifica si situa il Trentino Alto Adige, mentre l'ultimo posto è occupato dalla Campania. I grafici a corredo del Rapporto mettono in luce come Campania, Sicilia e Lazio riportino valori di mortalità evitabile oltre la media nazionale per entrambe le componenti, mentre Trentino Alto Adige, Veneto, Marche, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Umbria, Liguria registrano invece valori al di sotto della media nazionale. La diffusione di questi numeri - cui è importante dare la massima eviden-

za, per rendere consapevoli i cittadini sulla gestione della propria salute - è un'occasione per rilanciare l'azione della medicina generale a quarant'anni dalla Dichiarazione di Alma Ata del 12 settembre 1978, che rappresentò il culmine della I Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care convocata dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unicef e che vide per la prima volta nella storia della sanità mondiale i rappresentanti di 134 Paesi e di 67 organismi internazionali e organizzazioni non governative insieme per discutere sul ruolo della prevenzione primaria, ricorda La Fnomceo. La Dichiarazione sottolinea come "l'assistenza sanitaria primaria abbia un ruolo chiave nella riduzione delle disuguaglianze di salute - sia all'interno delle singole nazioni, sia fra paesi sviluppati e in via di sviluppo - e nella promozione e la tutela della salute degli individui, indispensabili per il miglioramento della qualità della vita, lo sviluppo economico e sociale, la pace mondiale". "I dati diffusi dal Rapporto Mev e da EuroStat mettono ancora una volta in luce quanto gravano le disuguaglianze di salute fra il Nord e il Sud del Paese", afferma **Filippo Anelli**, presidente della Fnomceo, aggiungendo: "Per fare prevenzione primaria e ridurre le morti evitabili è necessario innanzitutto garantire l'equità di accesso al Servizio sanitario nazionale".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

