



RASSEGNA STAMPA

28/04/2016

1. QUOTIDIANOSANITA.IT Cancro al seno. Trastuzumab meno efficace in alcune forme
2. QUOTIDIANOSANITA.IT Metastasi ossee. Le Ortopedie di Piemonte e Valle d'Aosta si mettono in rete per via telematica
3. QUOTIDIANOSANITA.IT Oncologia. Per favore non parliamo solo di farmaci
4. CLASS Un naso elettronico per intercettare il grande male
5. SOLE 24 ORE Studi clinici, l'Italia può fare da hub europeo
6. CORRIERE DELLA SERA Gli esperti «Poche risorse per terapie e prevenzione»
7. GIORNALE MILANO Intervista ad Enrico Lucchini- «Un polo oncologico dedicato ai bambini»
8. REPUBBLICA La sfida del ministro "Pronti ad assumere ventimila ricercatori nella sanità pubblica"
9. ASKANNEWS Lorenzin: pronti ad assumere 20mila ricercatori nella sanità
10. SANITÀ24 Il monito della Camera sul Def 2016: «La spending review non riduca i servizi»
11. PHARMAKRONOS Scoperti agenti antivirali per unico farmaco contro tutti i virus
12. SOLE 24 ORE «Ricerca sanitaria strategica per la crescita»
13. CORRIERE DELLA SERA «Il governo pronto a stanziare 3,5 miliardi per ricerca e cultura»
14. UNITA' Pronti 3,5 miliardi per ricerca e cultura
15. ADNKRONOS.COM Ricerca: Lorenzin, Italia quinta al mondo per valore pubblicazioni
16. ILSOLE24ORE.COM Mattarella: ogni sforzo per incrementare risorse ricerca
17. CORRIERE DELLA SERA Se l'Italia torna disunita per colpa della Sanità
18. GIORNALE Dodici milioni di italiani malati cronici
19. UNITA' La risposta. I mali (rimediabili) della sanità pubblica
20. ANSA.IT Parco Salute Torino, in arrivo 250 mln
21. REPUBBLICA TORINO Intervista a Sergio Chiamparino - "Ora apriamo il cantiere entro il prossimo anno Inaugurazione nel 2020"
22. STAMPA "In arrivo un'iniezione di fondi per rivoluzionare la ricerca"
23. REPUBBLICA Renzi: festa del 1° maggio con 2,5 miliardi alla scienza
24. SOLE 24 ORE Ue, sono i giocattoli dalla Cina i prodotti più «pericolosi»

25. IL FATTO QUOTIDIANO Acqua contaminata per 400 mila persone: "In Veneto si rischia una terra dei fuochi"
26. TEMPO Arsenico, riso «amaro» per i bambini
27. METRO Amianto, vietato ma in vendita
28. ADNKRONOS Giannini, vogliamo portare in Italia 1.600 ricercatori
29. ADNKRONOS Lorenzin agli Stati generali della ricerca: "Italia quinta al mondo per valore pubblicazioni"
30. QUOTIDIANOSANITA.IT Il Def arriva in aula alla Camera e al Senato. E la sanità è al centro di molti interventi. Preoccupazione bipartisan per sostenibilità del Ssn
31. ADNKRONOS A 165 giovani scienziati i Grant 2016 della Fondazione Veronesi
32. DIRE.IT Tumori, i massimi esperti a congresso a Milano
33. QUOTIDIANOSANITA.IT Veneto. Padova, l'Ordine dei medici apre lo "Sportello donne medico"
34. AGENPARL Nucleare, Enea: a 30 anni da Chernobyl un laboratorio mobile per analisi e sicurezza
35. MOLISEDOC.IT Chernobyl, 30 anni fa il disastro nucleare
36. QUOTIDIANOSANITA.IT Appropriatezza prescrittiva? Pensiero condivisibile, ma ci sono altre strade. A partire dal Veneto
37. QUOTIDIANOSANITA.IT Appropriatezza prescrittiva. Le luci e le ombre del progetto Ermete del Veneto
38. QUOTIDIANOSANITA.IT Appropriatezza. Se il nomenclatore tariffario è il tallone d'Achille
39. QUOTIDIANOSANITA.IT Aspettativa di vita in calo. HappyAgeing: "Prioritaria approvazione Piano nazionale prevenzione vaccinale"
40. QUOTIDIANOSANITA.IT Farmaceutica. Futuro nero per i fatturati in Italia. Secondo analisti britannici -12,6% da qui al 2020
41. QUOTIDIANOSANITA.IT Prezzo farmaci. Dal Parlamento "stop" a negoziati segreti, salvo casi eccezionali. Approvata risoluzione su trasparenza accordi tra Aifa e aziende farmaceutiche. Miotto (Pd): "Grande passo avanti"
42. QUOTIDIANOSANITA.IT Riforma Ordini e sperimentazioni cliniche. Dopo tre anni il primo ok dal Parlamento al ddl Lorenzin. Tutte le novità e il testo approvato
43. QUOTIDIANOSANITA.IT Stati generali della Ricerca Sanitaria. Lorenzin: "È un asse strategico per il Paese".

Mercoledì 27 APRILE 2016

Cancro al seno. Trastuzumab meno efficace in alcune forme

Un certo numero di pazienti con tumore al seno HER2 positivo che sono estrogeni (ER) positive traggono significativamente meno benefici dalla terapia adiuvante con trastuzumab dopo la chemioterapia, secondo quanto emerge da un'analisi secondaria del trial Herceptin Adjuvant (HERA) pubblicata su 'Jama Oncology'.

(Reuters Health) - “Il nostro studio è stato condotto per indagare perché qualche tumore primario al seno ER positivo, HER2 positivo sembra avere varie risposte alla terapia anti-HER2, in questo caso il trastuzumab - spiega **Sherene Loi** del Peter MacCallum Cancer Centre di East Melbourne (Australia) - Abbiamo trovato che un sottogruppo di queste pazienti con la più alta espressione di ESR1 nell'RNA messaggero e/o avendo livelli poco amplificati di HER2 calcolati usando il FISH ratio (fluorescence in situ hybridization), sembrano essere meno dipendenti dal segnale oncogenetico di HER2 e perciò hanno avuto meno benefici dal trastuzumab nello studio HERA”.

Lo studio HERA

I partecipanti allo studio HERA sono stati randomizzati per non ricevere il trastuzumab, oppure per avere un trattamento di un anno o due con il farmaco. Sono stati seguiti per un periodo medio di otto anni. Analisi immunohistochimiche (IHC) di ER a livello locale, FISH ratio di HER2, e risultati del numero di copie sono stati disponibili per oltre 3 mila dei pazienti, notano Loi e colleghi. I livelli di FISH e il numero di copie di HER2 sono stati significativamente più alti nei pazienti ER negativi. Un significativo effetto del trattamento è stato trovato nella sopravvivenza complessiva (OS) e in quella libera da malattia (DFS) per tutti gli ER, IHC, livelli FISH, eccetto per i pazienti con ER positivo/HER2 basso FISH ratio (da 2 a meno di 5).

Nelle 615 pazienti nei quali i livelli di trascrizione dei geni ESR1 e HER2 erano disponibili, consistenti con i risultati complessivi, è stato osservato un significativo effetto predittivo del gene ESR1 per entrambi OS e DFS, indicando che anche il cancro al seno con alti livelli di ESR1 trae meno benefici dal trastuzumab.

“Ci chiediamo se questi pazienti possano beneficiare maggiormente dell'aumento della terapia endocrina piuttosto di quella all'HER2”, si domanda Loi.

Tuttavia, in un editoriale di accompagnamento Anne F. Schott della University of Michigan di Ann Arbor osserva che “i risultati del lavoro non cambiano la pratica – i dati clinici supportano la pratica corrente di trattamento con entrambe le terapie, quella diretta a HER2 e quella con gli estrogeni. In breve, dovremmo ancora trattare i pazienti tripli positivi con il trastuzumab”.

Fonte: JAMA Oncol 2016

David Douglas

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

quotidianosanita.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Metastasi ossee. Le Ortopedie di Piemonte e Valle d'Aosta si mettono in rete per via telematica

Il progetto, primo in Italia nel suo genere, prevede lo sviluppo di un sistema di videoconferenza per la condivisione dei casi di metastasi ossee giunte all'osservazione dei reparti di Ortopedia e Traumatologia delle due Regioni. L'obiettivo è "ridurre gli errori e migliorare le cure, evitando inutili e dispendiosi viaggi della speranza".

Con il patrocinio ed il supporto della Città della Salute di Torino, della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta e di Link Orthopedics, sarà sviluppato il Progetto Margherita: un sistema di videoconferenza per permettere la condivisione dei casi di metastasi ossee giunte all'osservazione dei reparti di Ortopedia e Traumatologia delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta. "Questo Progetto sarà una vera e propria rivoluzione. Per la prima volta in Italia in oncologia saranno gli esami a viaggiare tra gli ospedali e non i pazienti, che ora potranno rimanere nel proprio ospedale di competenza e di riferimento con visite in loco a distanza", spiega una nota della Città della Salute che annuncia il progetto e che sottolinea come l'Ortopedia Oncologica e Ricostruttiva diretta dal dottor **Raimondo Piana**, svolgerà un'attività di consulenza per condividere le indicazioni stabilite nelle Linee Guida SIOT (Società Italiana Ortopedia e Traumatologia).

"Collegare tutte le Ortopedie del Piemonte in via telematica con un sistema di videoconferenza permette di ridurre gli errori e migliorare le cure del paziente oncologico già così fragile nel suo percorso di cure, evitando inutili e dispendiosi viaggi della speranza", spiega ancora la Città della Salute, ricordando che "grazie al miglioramento delle cure oncologiche, i tumori hanno una migliore sopravvivenza e pertanto aumenta la possibilità di sviluppare metastasi nel corso degli anni". L'incidenza delle metastasi ossee, secondo i dati riportati nella nota, è stimata negli Stati Uniti con più di 250.000 casi / anno con un notevole impatto sul Sistema Sanitario. In Italia nel 2013 sono stati registrati 366.000 casi di tumore, l'incidenza di tumori nella Regione Piemonte è stata di 29.761 nel 2012, il numero di nuovi casi / anno nel periodo 2004 - 2008 nella città di Torino è stata di 6.150. "Quando si parla di patologia metastatica l'osso è coinvolto nel 60 - 84% dei casi con importanti risvolti sul dolore, la funzione ed il rischio di frattura".

Giovedì 28 aprile 2016 alle ore 13,30, presso l'Aula magna dell'ospedale CTO della Città della Salute di Torino, si terrà l'incontro di presentazione del Progetto Margherita.

Mercoledì 27 APRILE 2016

Oncologia. Per favore non parliamo solo di farmaci

Gentile Direttore,

ho letto con molto interesse [l'articolo del 22 aprile sul prossimo congresso ESTRO](#) e dei dati sul fabbisogno di radioterapia nei prossimi anni. Mi permetto di inviarle alcune osservazioni. Dirigo da quasi due anni l'UOC di Radioterapia di un'azienda sanitaria pubblica: lei non può immaginare la fatica che si fa a tenere aggiornate le macchine per Radioterapia (acceleratori lineari) e non parliamo di un eventuale incremento! Sono cifre che spaventano gli amministratori ancor più in questi tempi di scarsità di risorse. Però nello stesso tempo non vengono lesinati fondi per farmaci oncologici innovativi e di altissimo costo. Perché?

Innanzitutto bisogna sottolineare che la cura del cancro è multidisciplinare e che i risultati, in termini non di risposta ma di sopravvivenza effettiva, si ottengono solo quando il paziente riceve trattamenti combinati (chemio-radio e chirurgia) e che, non me ne vogliano gli oncologi medici, con i soli farmaci i tassi di guarigione sono scarsissimi. Detto questo, che è un dato evidentissimo in letteratura, mi chiedo perché farmaci innovativi sì e radioterapia innovativa no?

Se poi andiamo a guardare i costi effettivi della Radioterapia emergono dati ancor più impressionanti. Un acceleratore lineare di ultima generazione costa grosso modo sui 2 milioni di euro. Tenendo conto che la durata è di 15 anni circa e che ogni anno può trattare 500 pazienti si evince che il costo a paziente è di circa 250 euro. Un'inezia a confronto dei costi dei farmaci oncologici. In Italia purtroppo quando si parla di cure oncologiche si parla quasi esclusivamente di farmaci. Le faccio il caso dell'immunoterapia nella cura del cancro. Bene, l'immunoterapia, cioè l'attivazione del sistema immunitario contro le cellule tumorali avviene anche tramite la Radioterapia ad alte dosi per seduta (Radioterapia Stereotassica o Radiochirurgia) e la stessa terapia immunoterapica farmacologica necessita di un'attivazione tramite la Radioterapia. In allegato trova due papers sull'argomento.

Dr.ssa Nunziata D'Abbiero

*Direttore U.O.C. di Radioterapia Oncologica
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma*

Digitopolis

UN NASO ELETTRONICO PER INTERCETTARE IL GRANDE MALE

Allo Ieo di Milano, l'ultima versione del sofisticato sistema rileva un tumore ai polmoni nel 92% dei casi. Allo studio anche un software che identifichi tipo e dimensioni della neoplasia

di Elena Correggia

Un fiuto eccezionale per battere sul tempo il tumore al polmone. È quello del naso elettronico utilizzato a livello sperimentale allo Ieo di Milano, Istituto europeo di oncologia, che lo ha sviluppato in collaborazione con l'Università Tor Vergata di Roma. «Il naso elettronico esiste già da alcuni anni ma quest'ultima versione può rilevare un tumore al polmone in fase iniziale nel 92% dei casi,

aspetto essenziale in quanto la guaribilità di questo tumore è correlata alla diagnosi precoce», spiega Lorenzo Spaggiari, direttore della divisione di chirurgia toracica e responsabile del programma polmone dello Ieo. «Pubblicati sul *Journal of Breath Research*, i risultati dello studio, finanziato dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, mostrano come su 146 individui, di cui 70 con tumore e 76 senza segnali di malattia, l'apparecchio sia riuscito a distinguere il respiro di chi si stava ammalando rispetto a chi non correva alcun rischio. L'esame è facile: il paziente deve solo respirare in un contenitore che non disperda l'esalato, poi collegato al naso elettronico». Quest'ultimo, grande come una scatola da scarpe, si compone di una matrice di otto cristalli di quarzo, ognuno rivestito da metalloporfirina capace di legarsi ai composti organici

volatili prodotti dal tumore. Le particelle liberate con il respiro sono riconoscibili in base a una specifica curva visualizzata mediante un pc. Un sistema elettronico sofisticato, dunque, ma il cui utilizzo è semplice e dai costi contenuti, tanto che in futuro potrebbe essere adottato per uno screening da parte del medico di famiglia.

«All'accuratezza dell'analisi contribuisce anche il fatto che le particelle individuate sono indipendenti da altre comorbilità e



LORENZO SPAGGIARI

È direttore della divisione di chirurgia toracica dello Ieo, dove è responsabile del programma polmone.

quindi non sono influenzate da eventuali patologie quali, per esempio, asma o bronchite cronica», continua Spaggiari. «E ora stiamo anche mettendo a punto una tecnologia in grado di mimare l'organizzazione della capacità olfattiva dei cani, fino a 20mila volte superiore a quella umana: obiettivo realizzare un software che fornisca informazioni aggiuntive quali la dimensione del tumore e il tipo istologico». Ora, con una seconda fase di sperimentazione, allo Ieo si intende



CERCANDO QUELLA CURVA

Ricercatori dell'Istituto europeo di oncologia, a Milano, analizzano al computer il diagramma relativo alle particelle rilevate dal naso elettronico durante l'analisi del respiro di un paziente.



MEDICINA

proseguire lo screening dei soggetti a rischio (forti fumatori di età dai 50 anni in su) associando il naso elettronico all'analisi dei microRna, ovvero frammenti di Dna che il tumore in formazione può rilasciare nel sangue, predittivi della malattia, sfruttando la «sinergia di potenziamento» per una diagnosi più efficace.

E la prevenzione del tumore al polmone si avvale anche della ricerca farmacologica: sempre allo Ieo è in corso uno studio riguardante l'efficacia protettiva dell'aspirina a basse dosi, un farmaco che ha già dimostrato le sue capacità protettive in svariati campi, dal rischio cardiovascolare al tumore al colon-retto. Lo studio randomizzato, finanziato dal National Cancer Institute americano, forti fumatori o ex fumatori, con noduli polmonari riconosciuti stabili mediante una Tac spirale annuale: a loro viene somministrata Aspirinetta (100 mg al giorno) per un anno contro placebo. «Lo scopo è verificare se l'Aspirina può ridurre il volume dei noduli subsolidi, definiti con



opacità a fondo di vetro smerigliato, che rappresentano tipici precursori del tumore polmonare», spiega Bernardo Bonanni, direttore della divisione di prevenzione e genetica oncologica dello Ieo. «Abbiamo scelto di arruolare questi soggetti perché in un precedente studio con un cortisonico inalatorio, la budesonide, avevamo registrato una risposta proprio nei pazienti con questa tipologia di noduli». I primi risultati si avranno a fine 2017.

BAU? SNIFF...
 L'olfatto dei cani, 20mila volte superiore a quello umano, può essere un modello per realizzare un software che sia in grado di riconoscere i tipi di tumore.

L'appello delle imprese. «Serve un ecosistema favorevole»

Studi clinici, l'Italia può fare da hub europeo

di Rosanna Magnano

La filiera delle industrie della salute è sempre più strategica per lo sviluppo dell'economia nazionale. Scommette nell'Italia della ricerca e dell'innovazione. Ma il nostro Paese non sempre è un terreno fertile per gli investimenti. Dalle imprese del farmaco, a quelle del biomedicale fino alle biotech. «Serve un ecosistema più favorevole», hanno spiegato ieri in coro.

Gli investimenti in ricerca dell'industria farmaceutica italiana (seconda in Europa per produzione) sono in corsa, con un aumento del 15% negli ultimi due anni. E i segnali sono positivi anche sui brevetti, che aumentano del 54% nel 2015. I prodotti biotech in sviluppo sono più di 300 e il nostro Paese può vantare vere e proprie eccellenze nelle terapie avanzate e nelle malattie rare, così come nelle biotecnologie, nei vaccini e negli emoderivati. Insomma, «l'Italia partecipa a pieno titolo - spiega Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, agli Stati generali della ricerca sanitaria - alla rivoluzione della farmaceutica mondiale». E il 2016 è un anno importante. «Perché per la prima volta l'Italia con l'Human Technopole - sottolinea Diana Bracco, vicepresidente Confindustria per ricerca e innovazione - si sta dotando di un progetto strategico per essere leader mondiale in settori d'avanguardia come big data e life sciences». L'obiettivo quindi è di crescere velocemente nella ricerca: «L'Italia può essere un hub europeo per gli studi clinici - sottolinea Farindustria - e sta crescendo la nostra quota sul totale Ue: si svolge in Italia il 24% degli studi clinici sulle malattie rare e il 30% sui farmaci biotech». Per questo, auspica Scaccabarozzi, «imprese e istituzioni devono essere partner per la crescita». Sullo sfondo c'è la nuova governance della spesa farmaceutica, «condizione necessaria per rendere il sistema attrattivo per gli investimenti», un rebus delicatissimo cui sta lavorando il tavolo Governo-Regioni. E il tavolo Mise, dove Farindustria e l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) stanno studiando ipotesi condivise per velocizzare le procedure autorizzative. Un

ruolo molto importante per la crescita del settore è stato giocato dalle politiche pubbliche di incentivo (credito di imposta e patent box), «ma la coerenza delle politiche industriali è fondamentale per la loro efficacia», spiega Scaccabarozzi, che punta il dito sul pay-back (il ripiano della spesa farmaceutica pagato dalle imprese). «Credo sia importante - propone - che quel miliardo e mezzo di euro che paghiamo di pay-back sia disponibile per essere reinvestito magari proprio in ricerca, portando a soluzioni per le malattie invece che finire in mala gestione della sanità».

Una tassa di fatto che rischia di mettere in crisi anche le industrie dei dispositivi medici. «Con il pay-back sui dispositivi medici - dichiara Luigi Boggio, presidente di Assobiomedica - non si farà che togliere alle imprese ulteriori risorse, ovvero quelle equivalenti agli investimenti in ricerca, che valgono lo stesso 6% del fatturato chiesto per lo sfornamento dei tetti di spesa». Imprese biomedicali che finora hanno investito in innovazione 1,2 miliardi nel 2014 (+21% sul 2010). Ma che vedono un futuro meno roseo: «Abbiamo registrato dei campanelli d'allarme - continua Boggio - con un calo del 51% in quattro anni degli investimenti esteri. Purtroppo il nostro Paese non riconosce ancora l'innovazione come elemento di ottimizzazione e di risparmio per il Ssn. E la spending review in sanità sta spingendo le imprese a disinvestire».

Ma anche sul fronte delle biotecnologie, l'industria chiede di rafforzare i primati nazionali. «Il nostro Paese è terzo in Europa per numero di imprese biotech, e ha una ricerca di qualità riconosciuta nel mondo - spiega Riccardo Palmisano, presidente di Assobiotech - ma non riesce ancora ad attirare investimenti significativi». Le potenzialità ci sono, confermate dall'impact factor delle pubblicazioni dei ricercatori, eppure l'Italia «resta un Paese in cui si pubblica molto, si brevetta poco e si industrializza ancora meno». Tra le cure suggerite da Assobiotech: un centro nazionale di Technology transfer per le scienze della vita e agevolazioni fiscali mirate alle peculiarità del mondo della ricerca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

 **Gli esperti**

«Poche risorse per terapie e prevenzione»

di **Margherita De Bac**

Due mesi in meno per gli uomini e tre mesi per le donne. Sembra poco significativo il calo dell'aspettativa di vita degli italiani tra 2013 e 2014 fotografato dall'Istat e rilanciato da «Osservatorio Salute» (policlinico Gemelli). Eppure dal punto di vista statistico deve risuonare come un campanello d'allarme. Tanto più che i dati preliminari del 2015, da diffondere a fine anno una volta completi, confermano la tendenza e quindi inducono a pensare non si tratti di una flessione passeggera. I tecnici hanno attribuito la perdita di longevità a una serie di fattori clinici. Mancanza di prevenzione oncologica, fuga dalle vaccinazioni contro le malattie infettive a cominciare dall'antinfluenzale, aumento dell'obesità. Disattenzioni costate in un anno 54 mila morti non attesi in più. Tante negatività con un'origine comune: il disagio socio economico. Ketty Vaccaro, responsabile Welfare del Censis, non minimizza: «Gli italiani per accedere ai servizi sanitari devono mettere mano al portafoglio. Non ci sono soldi, rinunciano alle cure essenziali. I più fragili sono penalizzati». Curarsi e prevenire è diventato un lusso, specie nei contesti vulnerabili, resi ancora più scricchiolanti dai tagli, particolarmente dolorosi nelle Regioni in deficit di bilancio. Gli uomini del Trentino Alto Adige vivono tre anni in più rispetto a quelli della Campania. Le anticipazioni Istat per il 2015 non annunciano nulla di buono. L'aspettativa di vita è scesa ovunque da 2 a 4 mesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

INT

«Un polo oncologico dedicato ai bambini»

Lucchini

Progetto allo studio con San Gerardo e Bicocca

■ «Del resto l'oncologia italiana è nata da noi. Umberto Veronesi ha cominciato qui». Enzo Lucchini, neo presidente dell'Istituto nazionale dei tumori, è molto orgoglioso degli ottimi risultati raggiunti dall'Irccs di via Venezian.

Bella soddisfazione?

«Molto. Viene premiato il lavoro dei professionisti. Tra l'altro siamo anche tra gli istituti di ricerca con l'impact factor delle pubblicazioni più alto».

In cosa si è specializzato l'Int?

«Nel tumore alla prostata, al colon retto, nei tumori rari, negli interventi alle ovaie. Siamo uno dei pochi istituti che effettua l'asportazione totale del peritoneo».

E anche sugli interventi al fegato avete da dire la vostra.

«Eccome. Quest'anno ricorre il 20esimo anniversario dei criteri di Milano' dettati da Vincenzo Mazzaferro e dalla sua equipe per i trapianti di fegato e adottati a livello internazionale. Criteri che di fatto sono ancora validi».

Progetti in vista?

«Ne abbiamo uno enorme, ma è ancora in embrione. Assieme allo staff della Bicocca che è attivo all'interno del San Gerardo di Monza, stiamo tentando di costruire un Polo di oncologia pediatrica che sia di riferimento a livello europeo».

E che quindi verrà finanziato dall'Unione europea?

«Le attività e lo sviluppo sì».

A che punto è il progetto della Cittadella della Salute che vi accorperebbe con il Besta?

«La previsione è per il 2021. Ci sono ancora un po' di passaggi ma la macchina è avviata. Noi ci speriamo. Nuovi spazi e nuove strutture potrebbero aiutarci ad esprimere al meglio il nostro potenziale».



Dir. Resp.: Mario Calabresi

Il caso

La sfida del ministro “Pronti ad assumere ventimila ricercatori nella sanità pubblica”

Beatrice Lorenzin. Il piano per fermare la fuga di cervelli: contratti di sette anni, stipendi fino a duemila euro. “Il precariato non dà certezze, per questo molti scappano”

“

IBANDI

Faremo la selezione non solo in base alle pubblicazioni ma anche sulle idee di studio proposte

LE VERIFICHE

Ogni anno ci saranno valutazioni per capire come procede il lavoro. E chi non produce sarà mandato via

L'OBIETTIVO

Vogliamo dare tranquillità a chi già lavora e offrire nuove opportunità a chi ha talento

MICHELE BOCCI

ROMA. Ricercatori assunti nel servizio sanitario nazionale con contratti che possono durare 7 anni ma anche il doppio. Quante persone? Anche 20mila. Il ministro alla Sanità **Beatrice Lorenzin** lancia la sua proposta agli Stati generali della ricerca sanitaria in corso anche oggi a Roma. L'idea è quella di regolarizzare i precari già presenti e anche di attrarre altri professionisti.

Che progetto avete per i ricercatori?

«Partiamo dall'idea di rendere possibile per loro un percorso all'interno della sanità ospedaliera. In questo senso ci siamo ispirati all'Irlanda. Nei nostri Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico tra i quali il Besta di Milano e il San Matteo di Pavia, ndr) ci sono già circa 10mila precari. Persone che lavorano con contratto di uno o due anni, a progetto,

senza avere certezze per il futuro».

Come farete a dargliele?

«Con dei bandi selezioneremo chi merita di ottenere il finanziamento per condurre una ricerca. Sceglieremo non solo in base alle pubblicazioni fatte ma anche all'idea di studio proposta, valutando che margini di sviluppo pratico ha. Poi offriremo contratti che in una prima fase arrivano a durare fino a 7 anni. Ci saranno valutazioni ogni anno per capire come procede il lavoro. Se tutto va bene si potrebbe arrivare fino a 15 anni di contratto. Altrimenti si interrompe il rapporto».

E gli stipendi?

«Chi fa ricerca negli Irccs e in generale nel sistema sanitario talvolta guadagna pochissimo, anche solo 800 euro al mese. Vogliamo portare lo stipendio a 1.800-2.000 euro. Ma l'importante è dare la stabilità anche dal punto di vista della prospet-

tiva. Spesso i ricercatori vanno via dall'Italia proprio perché non hanno certezze sul futuro del progetto di studio che stanno portando avanti. Così perdiamo persone che potrebbero produrre valore qui. Miglioriamo le condizioni di vivibilità, diamo loro la possibilità di costruire una carriera in Italia, teoricamente anche all'interno di un reparto ospedaliero, e non se ne andranno per sempre».

Quante persone pensate di coinvolgere, con quali fondi?

«Potrebbero essere meno di 20mila ma anche di più. Molti soldi li spendiamo già per chi sta negli Irccs e ci saranno stanziamenti aggiuntivi. Non ci dimentichiamo però che con il nuovo sistema chi non produce ricerche interessanti smetterà di essere pagato. Stiamo creando uno scenario nuovo, nel quale dare tranquillità a chi già lavora e offrire nuove opportunità a chi ha talento. Questa mate-



ria è un asset tecnologico fondamentale per il Paese, abbiamo chiesto a tutti i ministri, al Miur, all'Agricoltura, al Lavoro e allo Sviluppo economico di collaborare per farla crescere».

Una volta concluse, le ricerche vanno messe in pratica.

«L'incontro di Roma serve anche a creare rapporti con l'industria che poi è in grado di sviluppare le ricerche, per arrivare a una cura. Vogliamo che l'Italia in questo campo sia al livello di paesi come Inghilterra o Germania. Ce la possiamo fare perché partiamo da un impact factor, cioè da un bagaglio di pubblicazioni, migliore degli altri. Ci manca però il trasferimento tecnologico, in pratica inventiamo ma poi sono altri a produrre».

Perché in Italia cala l'aspettativa di vita, come ha detto il rapporto Osservasalute della Cattolica?

«La prima cosa che viene da pensare, è che il dato sia collegato al picco di mortalità che abbiamo avuto in Italia l'anno scorso. Comunque ho coinvolto i tecnici del ministero, aspetto che mi facciano una relazione».

Comunque la ricerca solleva vari problemi.

«Certo, nella sanità italiana cose che non vanno ce ne sono. Il primo tema è la prevenzione: dobbiamo invecchiare meglio. Lavoriamo per promuovere gli stili di vita, legati all'alimentazione e all'assenza di alcol e di fumo. Poi c'è la vaccinazione, fondamentale per il benessere dei cittadini. La definirei il primo salvavita. Inoltre bisogna che gli screening funzionino. Devono essere chiamati tutti i cittadini nelle fasce di età a rischio ma bisogna anche fare in modo che tutti quelli che vengono convocati poi rispondano. Cosa che in molti casi non avviene. Ma quando ci si muove nel settore della prevenzione non vanno fatti interventi a pioggia, uguali in ogni regione. Ognuna deve muoversi a seconda della sua situazione. Al Sud ad esempio ci sono molti bambini obesi ma meno anziani, e di conseguenza un numero più basso di demenze rispetto al Nord. Bisogna quindi impegnarsi di più sul problema dei giovani con l'alimentazione».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



5°

PUBBLICAZIONI

L'Italia è il quinto Paese al mondo per numero di pubblicazioni scientifiche in campo biomedico e impact factor prodotto dai suoi ricercatori del settore

33%

LE RICERCHE

Circa un terzo di tutte le pubblicazioni scientifiche che vengono prodotte in Italia appartengono al campo biomedico. Il 60% di queste le fanno gli Irccs, Istituti di cura scientifici

820 mln

I FONDI

Negli ultimi tre anni il ministero della Salute ha assegnato 820 milioni di euro in fondi per la ricerca, quasi la metà attraverso bandi competitivi internazionali

3.000

I PROGETTI

All'ultimo bando, quello del 2014, i gruppi di ricerca biomedica italiani, costituiti da circa 13.000 ricercatori, hanno presentato 3.000 progetti scientifici

1,31%

SUL PIL

Nel nostro Paese l'investimento in ricerca e sviluppo nel 2014 ha rappresentato l'1,31% del Pil. L'anno precedente il dato era più basso, cioè l'1,29%



L'ANNUNCIO

Il ministro della Sanità **Beatrice Lorenzin** (in alto) annuncia il suo piano per fermare la fuga dei cervelli



<http://www.asknews.it/>

Lorenzin: pronti ad assumere 20mila ricercatori nella sanità

Contratti di 7 anni e stipendi fino a 2.000 euro



Roma, 28 apr. (askanews) - Ricercatori assunti nel servizio sanitario nazionale con contratti che possono durare 7 anni ma anche il doppio. "Potrebbero essere meno di 20mila ma anche di più. Molti soldi li spendiamo già per chi sta negli Irccs e ci saranno stanziamenti aggiuntivi. Non ci dimentichiamo però che con il nuovo sistema chi non produce ricerche interessanti smetterà di essere pagato. Stiamo creando uno scenario nuovo, nel quale dare tranquillità a chi già lavora e offrire nuove opportunità a chi ha talento". Lo spiega in un'intervista a "Repubblica" il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

"Con dei bandi selezioneremo chi merita di ottenere il finanziamento per condurre una ricerca - precisa il ministro - Sceglieremo non solo in base alle pubblicazioni fatte ma anche all'idea di studio proposta, valutando che margini di sviluppo pratico ha. Poi offriremo contratti che in una prima fase arrivano a durare fino a 7 anni. Ci saranno valutazioni ogni anno per capire come procede il lavoro. Se tutto va bene si potrebbe arrivare fino a 15 anni di contratto. Altrimenti si interrompe il rapporto".

Lorenzin sottolinea che "chi fa ricerca negli Irccs e in generale nel sistema sanitario talvolta

guadagna pochissimo, anche solo 800 euro al mese. Vogliamo portare lo stipendio a 1.800-2.000 euro. Ma l'importante è dare la stabilità anche dal punto di vista della prospettiva. Spesso i ricercatori vanno via dall'Italia proprio perché non hanno certezze sul futuro del progetto di studio che stanno portando avanti. Così perdiamo persone che potrebbero produrre valore qui. Miglioriamo le condizioni di vivibilità, diamo loro la possibilità di costruire una carriera in Italia, teoricamente anche all'interno di un reparto ospedaliero, e non se ne andranno per sempre".

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Il monito della Camera sul Def 2016: «La spending review non riduca i servizi»



«Assicurare che l'azione di spending review in ambito sanitario sia condotta attraverso recuperi di efficienza senza riduzione dei servizi». Compare alle ultime due righe della Risoluzione della Camera sul Def, il capitolo Sanità. Con un'indicazione forte, però, che riassume le preoccupazioni espresse in questi giorni da molte parti, a cominciare dalle commissioni parlamentari Igiene e Sanità e Salute, dalle Regioni e dalla Corte dei conti: quel rapporto spesa sanitaria/Pil, stimato nel Documento di programmazione economica al minimo storico del 6,5% nel 2019, fa temere seriamente per la sostenibilità e l'equa erogabilità delle cure.

Per il resto, la Camera invita a valorizzare gli investimenti, anche a favore della ricerca. Così da «conseguire e possibilmente superare - si legge nella Risoluzione - gli obiettivi qualitativi e dei livelli di spesa già fissati e la piena attuazione dei Programmi fondamentali del Piano nazionale ricerca 2015-2020». Un tema quanto mai di attualità, proprio in questi giorni in cui si celebrano a Roma gli Stati generali della Ricerca, ancora decisamente sottostimata e sottofinanziata nel nostro Paese. Legata a doppio filo, l'impegno chiesto al Governo di «promuovere l'eccellenza e il merito, sostenendo gli atenei e i programmi di ricerca innovativi in grado di attrarre un sempre maggior numero di ricercatori italiani e stranieri di qualità».

Sullo sfondo, un'economia italiana che è tornata a crescere ma che rischia di scontare seriamente i segnali di peggioramento del quadro internazionale dovuti al progressivo rallentamento delle economie emergenti, alla debolezza dell'Eurozona, alla volatilità sui mercati internazionali e al cumularsi di rischi geopolitici. Cruciale anche in questo

contesto - avverte la Camera - è proseguire nel consolidamento dei conti pubblici e negli obiettivi di riduzione del rapporto debito/Pil, «scongiurando interventi correttivi in corso d'anno, anche al fine di sostenere il migliorato livello di fiducia di famiglie e imprese». Ma anche «proseguire nel percorso di revisione della spesa, accentuandone l'azione selettiva, dando priorità agli interventi su beni e servizi intermedi e sulle società partecipate, come occasione di sviluppo di processi aggregativi e di crescita industriale del settore dei servizi pubblici locali, anche al fine di reperire risorse aggiuntive per sostenere la domanda aggregata e la competitività del Paese».



adnkronos
salute

○ 28 aprile 2016
○ NUMERO 76 | ○ ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Collaborazione università di Siena-Cnr

Scoperti agenti antivirali per unico farmaco contro tutti i virus

Un unico farmaco contro tutte le infezioni virali, capace di colpire la proteina che i virus utilizzano per moltiplicarsi. E' l'obiettivo possibile grazie a uno studio condotto in collaborazione tra Università di Siena e Cnr, che ha portato all'individuazione di nuove molecole capaci di inibire la proteina umana (Ddx3) di cui si nutrono i virus. La ricerca - diretta da Maurizio Botta, del Dipartimento di Biotecnologie, chimica e farmacia dell'Università di Siena, e da Giovanni Maga, dell'Istituto di genetica molecolare del Cnr di Pavia - è stata pubblicata sui 'Proceedings of the National Academy of Sciences' (Pnas). L'approccio rappresenta "una vera rivoluzione per le terapie antivirali, in quanto sono state sviluppate molecole che invece di colpire i classici componenti virali, come succede con i farmaci attualmente in commercio, inibiscono una proteina umana, la Rna elicasi Ddx3, che i virus utilizzano per infettare la cellula e replicarsi. Forti ed evidenti i vantaggi: gli inibitori sviluppati sono in grado di essere efficaci contro tutti i virus, anche quelli mutanti, che risultano resistenti ai farmaci ora utilizzati", eviden-

ziano i ricercatori. Gli studiosi sono riusciti a progettare e sintetizzare la nuova famiglia di composti, in grado di colpire non solo l'Hiv, ma anche virus caratterizzati da morfologia e meccanismi di replicazione differenti, come quelli dell'epatite C, della febbre Dengue e quello del Nilo Occidentale, della stessa famiglia di Zika. Dal momento che il target è una proteina umana e non virale, il composto ha pienamente mantenuto il suo profilo di attività contro tutti i ceppi di Hiv resistenti alla terapia utilizzata attualmente, come dimostrato dal professor Maurizio Zazzi del Dipartimento di Scienze biomediche dell'Università di Siena. Uno studio preliminare in vivo, eseguito in collaborazione col professor Maurizio Sanguinetti dell'Università Cattolica di Roma, ha dimostrato che il composto non è tossico nei ratti, e che è in grado di biodistribuirsi nei tessuti. "Il potenziale di questi composti è enorme - evidenzia Botta - e potrebbe trovare applicazione nel trattamento dei pazienti immunodepressi che spesso sono soggetti ad altre infezioni virali, come nel caso dei pazienti Hiv/Hcv coinfezti. Inoltre, l'ampio

spettro antivirale che caratterizza i composti potrebbe rappresentare una valida soluzione anche per il trattamento dei nuovi virus emergenti, che si stanno diffondendo in maniera sempre più frequente ed estesa col fenomeno della globalizzazione, e per i quali non è spesso nota una cura efficace. Ci aspettiamo risultati significativi, cioè la messa a punto di una nuova terapia antivirale completamente efficace nel giro di pochi anni". "Sarà necessario continuare le ricerche - spiega Maga - per trasformare queste molecole in farmaci, ma possiamo considerare gli inibitori della proteina Ddx3 i prototipi di antivirali ad ampio spettro, una classe di farmaci ad oggi non ancora disponibile". Il progetto è stato sviluppato grazie al supporto della Regione Toscana e della First Health Pharmaceutical B.V., che ne ha sostenuto il successivo sviluppo. La ricerca è stata inoltre supportata da una donazione della Fondazione Dario Fo e Franca Rame e da finanziamenti del Miur.

Adelisa Maio

«Ricerca sanitaria strategica per la crescita»

Il ministro **Lorenzin** detta l'agenda - Mattarella: investimenti «prioritari»

Fuga all'estero. «Formiamo i ricercatori spendendo per ognuno 400mila euro poi li perdiamo perché non fanno ritorno in Italia»

di **Roberto Turno**

Mettere la ricerca sanitaria al centro. Farne una priorità nell'agenda di Governo e una calamita di investimenti e investitori dall'estero e una leva decisiva di sviluppo e crescita. Per avere cure sempre migliori e di qualità. Per far tornare a casa la nostra meglio gioventù, i famosi "cervelli" emigrati all'estero che in Italia non trovano un futuro. Se sognare non è peccato - spendiamo l'1,3% del pil in R&S contro il 2% medio nella Ue e un target europeo fissato al 3% nel 2020 - allora vanno accolte quanto meno come uno scatto d'orgoglio e un buon auspicio le promesse e gli impegni presi ieri dal Governo ai primi «Stati generali della ricerca sanitaria» inaugurati a Roma dalla ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che ha fortemente voluto la due giorni romana. Non senza il messaggio del capo dello Stato: «Per l'Italia è prioritario investire in ricerca sanitaria. È un modo per non costringere i giovani studiosi a lasciare il Paese», ha indicato la rotta Sergio Mattarella.

Siamo indietro, anche in un settore altrove strategico come la ricerca. Anche se quella sanitaria, secondo i numeri elencati da **Lorenzin**, rappresenta forse una punta di diamante per l'Italia. Anche se non basta. Come il 5° posto nelle pubblicazioni scientifiche, che però si traducono in modesti numeri di brevetti, quindi di trasferimento industriale. Come la qualità di enti e ricercatori, che però magari si scontrano col medioevo della conoscenza che ancora da poco ci ha riservato la vergogna del metodo stammina, a dispetto di una comunità scientifica di primissimo livello. E non che in questi anni qualcosa non si sia mosso, anzi: come dimostrano gli 820 milioni assegnati negli ultimi tre anni dalla Salute alla ricerca biomedica e in totale 1,8 mld nello stesso periodo investiti dal Ssn tra uomini, mezzi e risorse vere e proprie nel biomedicale. Più quanto mettono sul piatto le imprese, a partire da quelle del pharma che sull'Italia da qualche anno stanno scommettendo forte sulla produzione e dunque sull'occupazione.

Fondamentali non da capogiro, ma comunque di irilievo, quelli della R&S sanitaria made in Italy. Ma non basta, ha ricordato **Lorenzin**:

«Abbiamo ricercatori ben formati ma non riusciamo ad attrarre investimenti. Formiamo i ricercatori spendendo per ognuno 400mila euro poi li perdiamo. Non tanto perché vanno all'estero, che è frutto della globalizzazione, ma perché non fanno ritorno». Dunque, che fare? «Creare un'infrastruttura per la ricerca, metterla al centro di un sistema. Con investimenti pubblici, che sono indispensabili. Con una strategia di sistema. Perché la ricerca sanitaria ha un valore decisivo». E allora si guarda al prossimo bando della ricerca che sarà presentato domani e nel quale i ricercatori avrebbero una voce in capitolo, poi ai prossimi bandi Aifa. «Ci manca poco - giura Lorenzin - . Perché dopo essere il secondo hub europeo per la produzione di farmaci, possiamo esserlo anche per la ricerca».

Piena la sintonia con la responsabile della ricerca, Stefania Giannini: «La volontà politica è di mettere la ricerca al centro dell'agenda del Governo». Ma la vera mossa sarà il varo al Cipe straordinario entro fine mese, annunciato proprio ieri da Matteo Renzi nella sua e-news, del Piano per la ricerca nazionale da 2,5 miliardi, con ben 600 milioni che andranno proprio alla ricerca sanitaria (servizi a pag. 3). In aggiunta alle quote dei Fondi strutturali europei per la «strategia di specializzazione intelligente» e a quelli del Fondo coesione e sviluppo, ha ricordato il sottosegretario alla presidenza del Consiglio, Claudio De Vincenti, dove la quota per la salute, l'innovazione, le imprese, avrà valore strategico. «Lo sviluppo e la crescita, passano di qui», ha detto De Vincenti, che ha rilanciato la chiusura del tavolo sulla governance farmaceutica: «L'innovazione va premiata».

Tutti al tavolo della ricerca, insomma. Aspettando i risultati. Magari dicendo «basta alle sperimentazioni animali che ci escludono dai bandi Ue», ha proposto Emilia De Biasi, presidente della commissione sanità del Senato. O con una «tobin tax aggiuntiva per la ricerca sanitaria», secondo il presidente dell'analoga commissione della Camera, Mario Marazziti. Intanto c'è molta strada da fare. Abbiamo 118mila ricercatori, la Germania ne ha 360mila, 260mila l'Inghilterra, 265mila la Francia, più di noi (123mila) perfino la Spagna. La corsa sarà lunga.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL SOSTEGNO ALLA RICERCA BIOMEDICA

1,31%

La spesa complessiva

Secondo gli ultimi dati disponibili, l'investimento italiano in R&S ha assorbito l'1,31% del Pil

51%

I finanziamenti

La ricerca finanziata dal [Ministero della Salute](#) rappresenta il 51% di tutta la ricerca biomedica di tipo competitivo finanziata dal pubblico e il 17% di tutta la spesa nazionale in R&S nel biomedicale

820 milioni

Fondi assegnati nell'ultimo triennio

Negli ultimi tre anni, il [Ministero della Salute](#) ha assegnato complessivamente alla Ricerca biomedica fondi per 820 milioni

831

I progetti

Con una parte dei fondi assegnati, circa 348 milioni, sono stati finanziati 831 progetti

1,8 miliardi

Risorse investite in ricerca biomedica

Negli ultimi tre anni il Sistema sanitario nazionale ha investito complessivamente nelle attività di ricerca biomedica risorse umane, strumentali ed economiche per 1 miliardo e 800 milioni di euro

17esima

Posizione

Secondo un recentissimo studio olandese il [Ministero della Salute](#) è la 17esima istituzione finanziatrice della ricerca biomedica a livello mondiale

Il ministro, [Roberto Napolitano](#) (foto) si augura che «tutto il Paese capisca che questa è una strategia per l'Italia, un asset strategico sul quale possiamo puntare per crescere»



Futuro presente. Le mani robotiche esposte in uno stand agli statigenerali sulla ricerca sanitaria

L'annuncio

«Il governo pronto a stanziare 3,5 miliardi per ricerca e cultura»

«Domenica 1° maggio onoriamo la Festa del Lavoro non solo con le cerimonie ufficiali ma con un Cipe straordinario che stanzierà 2,5 miliardi sulla ricerca e un miliardo sulla cultura». L'annuncio di Matteo Renzi è giunto nel giorno in cui si celebravano gli Stati Generali della ricerca sanitaria organizzati dal ministero della Salute, guidato da Beatrice Lorenzin. In questa sede si è discusso di dotare i ricercatori di maggiore libertà d'azione. Il rilancio passa attraverso un cambiamento dello status giuridico dei ricercatori, che non possono continuare ad essere «dipendenti pubblici *tout court*». Per Lorenzin, «l'Italia è il 5° Paese al mondo per pubblicazioni scientifiche e il 12° per investimenti in ricerca biomedica, eppure sono poche le ricerche che si sviluppano poi in opportunità concrete».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Al dicastero

Beatrice Lorenzin è ministra della Salute dall'aprile del 2013



L'ANNUNCIO

Pronti 3,5 miliardi per ricerca e cultura

Cipe straordinario nella data simbolo del primo maggio per stanziare i nuovi fondi

Marco Ventimiglia

Il governo sblocca delle importanti risorse per dei settori strategici ma spesso trascurati, e per farlo sceglie una data simbolica. «Domenica 1° maggio - ha scritto ieri il premier Renzi nella sua e-news - onoriamo la Festa del Lavoro non solo con le cerimonie ufficiali ma con un Cipe straordinario che stanzierà 2,5 miliardi di euro sulla ricerca e un miliardo di euro sulla cultura». Il primo obiettivo, come ha indicato in un messaggio il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, resta appunto «compiere ogni sforzo per incrementare le risorse a disposizione». Questo perché, ha sottolineato il capo dello Stato, «investire nella ricerca vuol dire investire nel nostro futuro e far crescere le potenzialità del Paese. E per questo deve diventare una delle priorità dell'agenda italiana».

Proprio in questa direzione va l'annuncio del presidente del Consiglio: «Il lavoro che verrà in Italia - si legge nell'e-news di Renzi - sarà creato anche e soprattutto dalla scommessa sul capitale umano: ricerca e cultura smettono di essere i settori da tagliare e diventano quelli su cui investire». Incrementare dunque gli investimenti, partendo dai numeri del Piano nazionale della ricerca che, ha ricordato il ministro dell'Istruzione Stefania Giannini, «stanzia 2,5 miliardi di euro, un quarto dei quali andrà alla ricerca sanitaria, che è una priorità».

Nuove strategie

Ma proprio nella sanità va colmato un *vulnus*, ha avvertito il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**: «L'Italia è il quinto Paese al mondo per pubblicazioni scientifiche ed è al 12/o per investimenti in ricerca biomedica, eppure sono poche le ricerche che si sviluppano poi in opportunità concrete come start-up o brevetti, e questo è un *vulnus grave*». Da qui le direttrici future per lo sviluppo del settore emerse ieri durante gli Stati Generali della ricerca sanitaria organizzati dal **ministro della Salute**. In estrema sintesi, più libertà d'azione e meno freni burocratici per «giocare con le stesse regole» dei colleghi europei. E il rilancio della ricerca italiana passa anche da un profondo cambiamen-

to dello status giuridico dei ricercatori, che non possono più continuare ad essere classificati come «dipendenti pubblici tout court». Nuove strategie che si affiancano ad un'altra grande opportunità rappresentata dal progetto Human Technopole di Milano: «Un'occasione di portata nazionale e internazionale», ha sottolineato il ministro dell'Agricoltura, Maurizio Martina, mentre la sua collega Stefania Giannini ha annunciato che l'obiettivo è portare al nuovo polo 1600 ricercatori dal mondo per creare un sistema integrato.



METEO


[Fatti](#) [Soldi](#) [Lavoro](#) [Salute](#) [Sport](#) [Cultura](#) [Intrattenimento](#) [Magazine](#) [Sostenibilità](#) [Immediapress](#) [Multimedia](#) [AKI](#)
[Sanità](#) [Medicina](#) [Farmaceutica](#) [Doctor's Life](#) [Salus tg](#) [Salus tv](#)
Home . Salute . Sanità . [Lorenzin agli Stati generali della ricerca: "Italia quinta al mondo per valore pubblicazioni"](#)

Lorenzin agli Stati generali della ricerca: "Italia quinta al mondo per valore pubblicazioni"

SANITÀ

[Tweet](#)

Pubblicato il: 27/04/2016 14:15

"E' necessario che tutto il Paese capisca che **la ricerca è un asset strategico, su cui puntare** per crescere e dare opportunità ai nostri cittadini. **L'Italia è il quinto Paese al mondo come impact factor di pubblicazioni scientifiche** prodotte, il dodicesimo per investimenti in ricerca biomedica e l'ottavo per peso di investimento in ricerca biomedica rispetto al totale destinato a ricerca e sviluppo. Ma il vulnus è rappresentato dalla difficoltà di **trasformare questi studi in brevetti**". A dirlo il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, aprendo i lavori degli **Stati generali della ricerca sanitaria**, in programma oggi e domani a Roma.

"Abbiamo ricercatori ben formati - ha aggiunto - ma non riusciamo ad attrarre investimenti in ricerca. Cosa ci manca? **Manca un Paese accogliente per i ricercatori**, che trattiamo come fossero dipendenti di qualsiasi servizio, anche se per formarli spendiamo 400 mila euro l'uno. I ricercatori vanno all'estero e non ritornano. E non siamo in grado di attrarre anche noi gli scienziati migliori dall'estero. Manca poi il contesto, che non mette la ricerca al centro di un sistema, mettendo in rete tutte le realtà che ci sono. Ed è quello che proviamo a fare oggi", sottolinea. "Vogliamo creare un'infrastruttura che sostenga la ricerca. Per dare impulso a settori come la genomica, la medicina di precisione, i nuovi farmaci, l'agrifood, la nutraceutica. Lo possiamo fare meglio degli altri e ci manca veramente poco - prosegue - per fare un salto in positivo. È un capitale che va rilanciato in una strategia di sistema. In questa occasione presenteremo una proposta per garantire un percorso che valorizzi i ricercatori e la meritocrazia, rendendo più attraente il nostro Paese, e presenteremo il nuovo bando della ricerca finalizzata e dell'Aifa".

"**Investire nella ricerca vuol dire investire nel nostro futuro** e far crescere le potenzialità del paese. Per questo deve diventare una delle **priorità dell'agenda italiana**, anche perché è un modo per dare opportunità alle giovani generazioni ed evitare che alcuni tra i migliori siano costretti a costruire altrove il proprio percorso professionale". Questo il richiamo del **presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, nel messaggio inviato agli Stati generali della ricerca sanitaria**. "La ricerca sanitaria rappresenta un patrimonio di conoscenze e di esperienze - afferma il capo dello Stato - di grande valore per la società, in termini di qualità della vita, di tutela della persona, di crescita delle stesse potenzialità economiche. Il nostro Paese vanta eccellenze in questo campo, così come nell'applicazione di biotecnologie avanzate. Occorre per questo compiere ogni sforzo - sottolinea - per incrementare le risorse a disposizione e selezionare gli obiettivi sulla base di strategie ben definite, e il più possibile condivise".

[Tweet](#)

La padrona torna dalle vacanze, l'accoglienza del cavallo è commovente

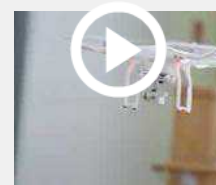
Cerca nel sito



Notizie Più Cliccate

1. [Barcellona, sesso alla fermata della metro sotto gli occhi dei passeggeri /Video](#)
2. [Fabrizio Corona: "In galera mi è successo di tutto, ma non ho mai ceduto"](#)
3. [Isola dei Famosi, gaffe in diretta per Simona Ventura /Video](#)
4. [A cosa servono i bottoncini metallici dei jeans?](#)
5. [Amore al capolinea per Christopher Lambert e Alba Parietti: "E' finita, ci siamo illusi"](#)

Video



Il drone comandato dall'attività cerebrale



Kenya, dopo la paura l'elefantino viene salvato dal branco



Contrattualistica
d'impresa
e Diritto
internazionale

ILSOLE
BUSINESS SCHOOL
EXECUTIVE24
MASTER
PART-TIME

domenica24 casa24 moda24 food24 motori24 job24 stream24 viaggi24 salute24 shopping24 radio24 + altri

Cerca

MY Accedi

Abbonati subito!
ILSOLE24ORE BUSINESS CLASS

Il Sole **24 ORE**
ITALIA

Mercoledì • 27 Aprile 2016 • Aggiornato alle 20:22

How To Spend It

NEW! IL Magazine

NEW! Archivio storico

Versione digitale

ItalyEurope24

Business School ed eventi

Strumenti di lavoro

HOME

ITALIA

MONDO

NORME &
TRIBUTI

FINANZA &
MERCATI

IMPRESA &
TERRITORI

NOVA24
TECH

PLUS24
RISPARMIO

COMMENTI &
INCHIESTE

STORE24
Acquista & abbonati

Notizie ► Attualità

Mattarella: ogni sforzo per incrementare risorse ricerca

27 aprile 2016

Tweet

My24

A - A -



«La ricerca sanitaria rappresenta un patrimonio di conoscenze ed esperienze di grande valore per la società, in termini di qualità della vita, di tutela della persona, di crescita delle stesse potenzialità economiche; il nostro Paese vanta eccellenze in questo campo, così come nell'applicazione di biotecnologie avanzate. Occorre per questo compiere ogni sforzo per incrementare le risorse a disposizione e selezionare gli obiettivi sulla base di strategie bene definite e condivise». Lo ha affermato, in un messaggio, il presidente della

Repubblica [Sergio Mattarella](#) in occasione degli Stati generali della ricerca sanitaria, oggi e domani a Roma.

Mattarella: investire in ricerca, priorità agenda Italia

Investire nella ricerca, ha sottolineato il capo dello Stato, «vuol dire investire nel nostro futuro e far crescere le potenzialità del Paese». Per questo «deve diventare una delle priorità dell'agenda italiana, anche perché - rileva - è un modo per dare opportunità alle giovani generazioni ed evitare che alcuni tra i migliori siano costretti a costruire altrove il proprio percorso professionale». Non solo. Il campo della ricerca in Italia deve «essere aperto e fertile per i nostri giovani». Di qui l'auspicio che gli Stati Generali della Ricerca Sanitaria «aiutino la definizione di misure idonee affinché risulti significativo l'investimento sociale nella ricerca biomedica e nelle tecnologie applicate».

ARTICOLI CORRELATI

↳ [Renzi, il 1° maggio Cipe straordinario: 2,5 miliardi alla ricerca e uno alla cultura](#)

↳ [Ricerca, ecco il piano da 2,5 miliardi](#)

↳ [Ricerca, l'Italia è ancora nella top 10. Ma perde talenti](#)

[Lorenzin](#): ricerca sanitaria strategica, il paese fa sistema

«L'Italia è un paese che fa tanta ricerca scientifica, abbiamo un ottimo impact factor, ma purtroppo non riusciamo a trasformare la nostra ricerca in brevetti che poi vengono realizzati nel territorio nazionale: molti vanno all'estero o giacciono. Dobbiamo riuscire a fare sistema, è estremamente necessario che tutto il paese capisca che la ricerca biomedica è un asset strategico per l'Italia, su cui puntiamo per crescere, dare sviluppo e dare più opportunità ai cittadini e ai pazienti».

Lo ha detto il ministro della Salute [Beatrice Lorenzin](#), aprendo oggi a Roma gli Stati generali della ricerca sanitaria. La ministra ha sottolineato la necessità di «creare una struttura che la sostenga, innanzitutto mettendo in rete i nostri Irccs e le altre istituzioni interessate, compreso ovviamente l'Istituto Superiore di Sanità». Ma questo non basta: «Occorre che questa massa critica sia poi inserita in una strategia condivisa da tutto il Paese».

Giannini: 2,5 mld per piano ricerca, sanità prioritaria

È stata la ministra dell'Istruzione, università e Ricerca, Stefania Giannini, intervenendo agli stati generali della ricerca sanitaria a ricordare che l'atteso piano nazionale della ricerca «stanza 2,5 miliardi di euro, un quarto dei quali andrà alla ricerca sanitaria, che è una priorità». E ha aggiunto: «La volontà politica è quella di mettere la ricerca al centro dell'agenda di questo governo. Bisogna ora cambiare il sistema per attrarre investimenti ma anche talenti». La ministra ha inoltre sottolineato la necessità di «una infrastruttura

IN QUESTO ARTICOLO

Media

Argomenti: Stati Generali | [Beatrice Lorenzin](#) | Human Technopole Italia | Irccs | Confindustria | Stefania Giannini | Sergio Mattarella | Diana Bracco | Roma

ULTIMI DI SEZIONE



GIOVEDÌ IN EDICOLA E IN DIGITALE
Pensioni, sul Sole tutte le ipotesi allo studio per l'uscita anticipata



LA CONGIUNTURA FLASH
CsC: Pil +0,3% nel primo trimestre. Verso risultato analogo nel secondo



OGNI VENERDÌ CON IL SOLE 24 ORE
Guida alle tasse sugli immobili



SCONTRO TOGHE-GIUSTIZIA
Ann. Davigo «apre» al Guardasigilli: noi sempre pronti a dialogo, ma no a insulti



STATI GENERALI RICERCA SANITARIA
Mattarella: ogni sforzo per incrementare risorse ricerca



ATTUALITÀ
Da Up Design la carrozzeria d'auto completamente riciclabile

di Adriano Moraglio

che metta in collegamento la comunità scientifica». E ha concluso, in riferimento al progetto dello Human Technopole a Milano: «Il nostro obiettivo è portare in Italia oltre 1600 ricercatori del mondo per creare un sistema integrato».

Diano Bracco (Confindustria): con Human Technopole Italia sarà leader

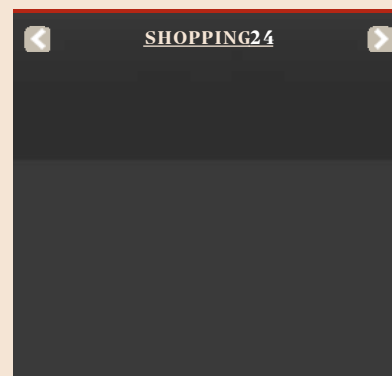
Diana Bracco, vice presidente di Confindustria intervenuta agli Stati Generali della Ricerca Sanitaria in corso a Roma, ha sottolineato la necessità di puntare su ricerca e innovazione e di investire nei giovani: tra le proposte la valorizzazione del ruolo di "ricercatore industriale". Non solo. Secondo Bracco il 2016 è un anno importante perché per la prima volta l'Italia con l'Human Technopole (il centro di ricerca che il governo intende realizzare sull'area che ha ospitato Expo, ndr) «si sta dotando di un progetto strategico per essere leader mondiale in settori d'avanguardia come big data e life sciences e il 2016, inoltre, speriamo sia anche l'anno dell'attesa approvazione del Programma Nazionale della Ricerca».

CLICCA PER CONDIVIDERE



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Tutto su Notizie?



COMMENTA LA NOTIZIA

Leggi e scrivi

TAG: [Stati Generali](#), [Beatrice Lorenzin](#), [Human Technopole Italia](#), [Ircs](#), [Confindustria](#), [Stefania Giannini](#), [Sergio Mattarella](#), [Diana Bracco](#), [Roma](#), [Iss](#), [Ricerca medica](#)

Permalink

DAI NOSTRI ARCHIVI

DA NON PERDERE

Le armi improprie di un'economia di Stato

di Adriana Cerretelli
È scontro campale in Europa sul riconoscimento alla Cina dello status di economia di mercato. La

Coeur : «Su Npl il fondo Atlante va nella giusta direzione»

di Alessandro Merli
FRANCOFORTE - Eventuali cambiamenti delle regole sui titoli di Stato nel portafoglio delle banche

Il senso di onnipotenza di al-Sisi

di Alberto Negri
Per chi resiste c'è sempre un'altra versione della storia. Che il generale al-Sisi sia un

Il perno su cui si costruirà la futura Unione Europea

di Valerio Castronovo
Per l'Europa l'acciaio ha costituito, dagli inizi dell'Ottocento, il perno e il simbolo della

Per gli italiani la speranza di vita diminuisce

di Roberto Turno
Sempre più vecchi. Ma con una speranza di vita che per la prima volta, fatto senza precedenti nel

Il Sole **24 ORE**

Quotidiano politico economico e finanziario ▣ Fondato nel 1865

SEGUI SU:

CERCA

Keywords

GRUPPO24ORE

[Sito corporate](#)
[Contatti](#)
[Redazione online](#)
[Professioni e Imprese 24](#)
[Formazione e eventi](#)
[Radio 24](#)
[Il Sole 24ORE Finanza](#)
[Il Sole 24ORE P.A.](#)
[Radiocor](#)
[24 ORE Cultura](#)
[Eventiquattro](#)
[System24 Pubblicità](#)
[Back To Work 24](#)

[Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#)

SEZIONI

[Italia](#)
[Mondo](#)
[Norme&Tributi](#)
[Finanza&Mercati](#)
[Impresa&Territori](#)
[Nova24 Tech](#)
[Plus24 Risparmi](#)
[Commenti&Inchieste](#)
[Strumenti di Lavoro](#)
[English Version](#)

CANALI

[Moda24](#)
[Motori24](#)
[Luxury24](#)
[Viaggi24](#)
[Casa24plus](#)
[Salute24](#)
[ArtEconomy24](#)
[Job24](#)
[Shopping24](#)
[America24](#)
[Sanità24](#)
[Quotidiano del Fisco](#)
[Quotidiano del Diritto](#)
[Quotidiano del Lavoro](#)
[Quotidiano Enti Locali & PA](#)
[Quotidiano Edilizia e Territorio](#)
[Quotidiano Condominio](#)

STRUMENTI

[Stream24](#)
[Blog](#)
[L'Esperto Risponde](#)

SERVIZI

[Argomenti del Sole](#)
[Versione digitale](#)
[Banche Dati](#)
[Newsletter](#)
[RSS](#)
[Meteo](#)
[iPad](#)
[Finanza & Mercati per iPad](#)
[La Vita N va](#)
[Abbonamenti](#)
[Assicurazione.it](#)
[Tutti i servizi](#)
[Pubblicità Tribunali e P.A.](#)

LINK UTILI

[AfricaTimesNews](#)
[Il Gastronomo](#)
[AGI China24](#)
[Guida Affari](#)
[Pagine Gialle](#)
[Pagine Bianche](#)
[Tutto Città](#)
[Audiweb](#)
[OPA](#)
[Ei Economista](#)
[SOS Tariffe](#)
[Confronta conti](#)
[Genertel](#)
[La Nuvola Italiana](#)
[RetImpresa](#)

Dir. Resp.: Luciano Fontana

AL SUD SI VIVE DI MENO

Se l'Italia torna disunita per colpa della Sanità

di **Goffredo Buccini**

Diminuisce l'aspettativa di vita in Italia e si allarga anche il divario tra Nord e Sud. Chi vive nel Meridione è meno longevo. E le più penalizzate sono le donne. Questi i dati che emergono dal rapporto *Osservasalute*. Già tre anni fa la Corte dei conti paventava sempre più «deficit assistenziali» al Sud. Due anni dopo la Società italiana di Pediatria ha rilevato che nel Meridione la mortalità infantile è più alta del 30 per cento rispetto al Nord. Un gap iniziato all'indomani della riforma costituzionale che ha ridisegnato il Paese in chiave federalista. Prima del 2001, dicono gli studiosi, i cittadini della Repubblica potevano aspettarsi tutti più o meno la stessa vita media. Dal 2001, la forbice si va allargando.

a pagina 25

Perché la vita al Sud è più breve Il federalismo fallito della Sanità

In calo l'aspettativa nel Meridione, tra le donne e nelle fasce deboli

La devoluzione

Ha frazionato la gestione della salute in 20 «staterelli», poi la crisi ha fatto il resto

I pediatri

Un anno fa l'allarme: mortalità infantile più alta del 30 per cento nel Mezzogiorno

di **Goffredo Buccini**

Se un cittadino campano o siciliano ha una vita mediamente più corta di tre o quattro anni rispetto a un cittadino trentino, il dato non è tecnico: è politico.

E certifica il fallimento del federalismo regionale (soprattutto se applicato alla sanità) e il tradimento dell'articolo 32 della Costituzione che garantirebbe a tutti gli italiani uguale diritto alla salute nonché cure gratuite per gli indigenti.

Hanno forse una chiave di lettura assai inquietante i già pesantissimi numeri diffusi l'altro giorno dal rapporto *Osservasalute 2015*. Per la prima volta in tempo di pace, descrivono una contrazione, pur minima, nell'aspettativa di vita degli italiani. E, naturalmente, questa foto di «come siamo» ci sconvolge, costringendoci a pensare a un'Italia rovesciata rispetto alla confortevole idea di progresso continuo dentro la quale siamo cresciuti.

Tuttavia un ulteriore elemento velenoso che motiva

questo calo si coglie già nelle analisi degli stessi ricercatori dell'«Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni»: c'entra la *devolution*, spiegano



nel gruppo guidato da Walter Ricciardi. Voluta fortemente dalla Lega di Bossi e messa in atto quindici anni fa dal centrosinistra forse nella speranza di prosciugare consenso ai leghisti, la devoluzione (ovvero la trasformazione della nostra Costituzione in senso federalista) cambiò l'Italia unita in un mosaico di venti staterelli, tra l'altro con venti sistemi sanitari non integrati tra loro. Prima del 2001, dicono gli studiosi, i cittadini della Repubblica potevano aspettarsi tutti più o meno la stessa vita media. Dal 2001, la forbice si va allargando. Chi stava bene è stato meglio; chi stava male, peggio. «Le più in difficoltà sono ancora le Regioni del Meridione e lo scenario è aggravato dalle ripercussioni della crisi economica principalmente sugli stili di vita e, quindi, sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto dei meno abbienti», scrivono Marta Marino e Alessandro Solipaca nella sintesi del rapporto sulle Regioni.

Ieri il *Mattino* di Napoli evidenziava come, in una Campania che guida l'arretramento,

più penalizzate siano le donne, con circa cinque mesi di aspettativa di vita in meno. E la famiglia non è solo (o non necessariamente) tra Nord e Sud ma tra «chi ha» e «chi non ha», essendo saltato del tutto il ruolo di perequazione dello Stato unitario. Il sistema sanitario nazionale, che molti ci invidiavano e sulla carta non abbandonava nessuno, è stato cancellato prima dalla regionalizzazione e dal saccheggio (infiniti gli scandali di questi tre lustri) e poi da una stretta economica che ha costretto le Regioni a piani di rientro durissimi. Sono proprio le Regioni in piano di rientro le più problematiche, anche secondo *Osservasalute*. L'allarme non è nuovo. Nel 2013 la Corte dei conti paventava sempre più «deficit assistenziali» al Sud. Due anni dopo la Società italiana di Pediatria ha rilevato che nel Meridione la mortalità infantile è più alta del 30 per cento rispetto al Nord. In un saggio degno d'attenzione, Paolo De Ioanna e Roberto Fantozzi hanno messo a punto tempo fa il concetto negativo di «indice di disuguaglianza»: lo stato di

salute percepito dai cittadini in rapporto al sistema sanitario di appartenenza. Beh, Calabria, Puglia e Sicilia hanno l'indice più alto; Toscana, Emilia, Lombardia e Veneto, guidate dal solito Trentino-Alto Adige, il più basso. Il nodo sono i «Lea», i livelli essenziali di assistenza, depressi, nelle Regioni in cattive condizioni finanziarie (quasi tutte del Sud). Per tappare le falle, si ricorre al prelievo fiscale aggiuntivo a carico dei residenti di queste Regioni in «maglia nera». Ma, ci si chiede nel saggio, se il diritto alla salute è garantito per tutti dalla Costituzione, non è forse ingiusto che i residenti di una Regione che usa in modo inappropriato le risorse della sanità siano «fiscalmente penalizzati per la *mala gestio* dei propri amministratori»? Non sarebbe opportuna la perequazione tra Regioni? Domande nobili ma oziose, purtroppo: avrebbero avuto senso quando l'Italia era davvero «una e indivisibile». Da anni la risposta è: ognuno per sé.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



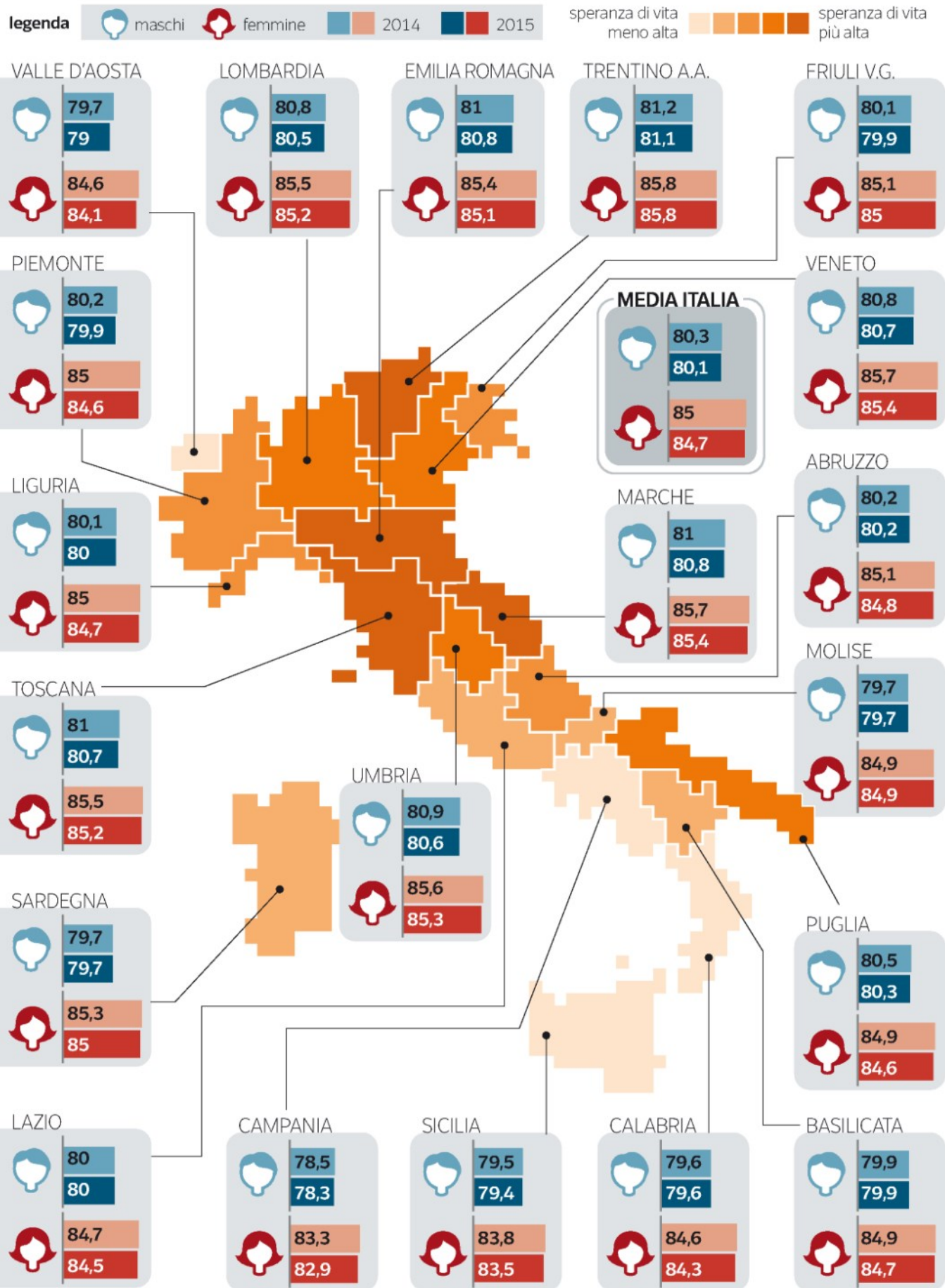
La parola

ASPETTATIVA DI VITA

È l'indicatore della durata media della vita, a partire da un'età data, usato nelle scienze statistiche. Spesso viene calcolata la speranza di vita alla nascita, che rivela il numero medio di anni che i bambini appena venuti al mondo dovrebbero vivere. La cifra si basa sui tassi di mortalità registrati in quel Paese nell'anno considerato. Questo indicatore costituisce, assieme alla mortalità infantile, uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche e sanitarie di uno Stato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il dossier



Fonte: Censis, Istat

Corriere della Sera

STUDIO SULLA SALUTE

Dodici milioni di italiani malati cronici

■ Sono 12 milioni gli italiani con due o più malattie croniche. Oltre 4,5 milioni di over 75 hanno almeno due patologie da combattere, così come più di 5,5 milioni fra i 55 e i 65 anni. Ma l'età a cui si comincia a dover combattere si sta abbassando sempre più. Lo hanno spiegato gli esperti della Società italiana di medicina interna (Simi), invitati a discutere delle prossime sfide della medicina durante uno degli incontri dell'Accademia Lancisiana di Roma. Le malattie croniche sono la nuova emergenza. In Italia sono responsabili del 92% dei decessi e secondo le stime nel 2060, quando il 20% della popolazione sarà over 75, la spesa per garantire l'assistenza. sarà dal 20 al 40% superiore a quella attuale.



I mali (rimediabili) della sanità pubblica



Cari dirigenti responsabili a ogni livello delle strutture del servizio sanitario nazionale delle aziende socio sanitarie territoriali. Com'è possibile che se un cittadino con la richiesta del medico per una visita specialistica o di una prestazione sanitaria, deve aspettare un anno in tanti casi addirittura due e se la chiede in privato gliela fanno il giorno dopo o dopo pochi giorni, trova sempre lo stesso medico o specialista. Qui mi sembra che ci sia qualcosa che non torna, mi sembra che ci siano dei meccanismi operativi molto insufficienti e che ci giochino sotto anche degli interessi privati di qualche categoria di, liberi professionisti, di dirigenti, o addirittura di dipendenti del servizio sanitario nazionale? Cari responsabili a ogni livello delle strutture del servizio sanitario nazionale, ai cittadini le dovete delle spiegazioni, che poi secondo me basterebbe allargare le fasce orarie per le prestazioni in strutture sanitarie pubbliche, per le visite mediche specialistiche e per tutte le altre prestazioni diagnostiche, aperte anche tutto il sabato per far diminuire drasticamente i tempi di attesa e renderli adeguati ai bisogni dei cittadini.

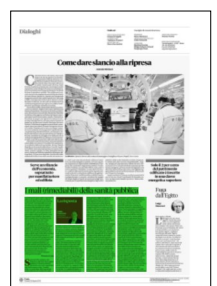
Francesco Lena

Sono convinto anche io, caro Francesco, del fatto che su questo problema il Sistema Sanitario Nazionale così com'è organizzato oggi debba essere rivisto. Tenendo conto, in particolare, della esperienza di altri paesi dove il confine fra sanità pubblica e privata è tracciato in modo più chiaro che da noi. Con due decisioni,

difficili ma possibili, che Stato e Regioni dovrebbero e potrebbero prendere in tempi ragionevoli se avranno la forza di anteporre l'interesse dei cittadini a quelli delle categorie mediche più organizzate e più potenti.

Un primo provvedimento, semplice e chiaro, dovrebbe essere basato sulla distinzione netta fra operatori della salute che operano nelle strutture pubbliche e operatori della salute che operano in ambito privato. L'idea della professione che si svolge in intra moenia, in ospedale o fuori, è un'idea che tutela soprattutto la capacità di guadagno del medico e degli altri operatori pubblici della salute ma che ha conseguenze assai pesanti sui giovani che si affacciano alla attività professionale e sul cittadino costretto, come dici tu, a pagare le visite che avrebbe diritto a fare gratuitamente. O col ticket. La lunghezza infinita e a volte francamente assurda dei tempi necessari per svolgere in regime di assistenza diretta esami clinici e visite specialistiche fondamentali per la tutela della propria salute dipende inevitabilmente anche dal fatto che lo stipendio pubblico è lo stesso se io nel pubblico visito poco mentre a lievitare sono anche i miei guadagni se io quella visita la posso fare più in fretta a chi paga di suo. In molti altri paesi, come la Svizzera o la Francia, la carriera ospedaliera resta la base necessaria della formazione sanitaria e del proprio prestigio professionale. Chi vuole guadagnare di più ne esce, però, ed inizia a lavorare privatamente assicurando il turnover della professione e lo spazio necessario ai più giovani nel pubblico. Un secondo provvedimento, necessario soprattutto nelle grandi città, è quello che riguarda le urgenze. Accatatasti su letti e barelle in corridoi sporchi e disordinati, i pazienti che chiedono aiuto nel Pronto Soccorso dei grandi Ospedali di Roma e Milano vengono sottoposti a vere e proprie vessazioni e rischiano la salute o la vita, spesso, per ragioni che attengono al numero occasionale delle richieste d'aiuto che arrivano fino a lì: un numero sproporzionato rispetto alle risorse umane e professionali disponibili in quei Reparti. Il cittadino medio, d'altra parte, se si sente male ed ha bisogno di aiuto in orari diversi da quelli del suo

medico di base, altro non può fare che correre verso il Pronto Soccorso più vicino o, in casi estremi, chiamare le ambulanze del 118 che comunque lì lo porteranno. Ad aspettare il suo turno. Assai più semplice sarebbe ragionare, caro Franco, come a volte in passato si era iniziato a fare, sulla organizzazione, a livello territoriale, di risposte non ospedaliere affidate in parte alla reperibilità alternata, come per le farmacie, dei medici e dei pediatri di base ed in parte a gruppi o a cooperative di giovani, cui le Regioni potrebbero affidare, di notte e nei giorni festivi, le attività assistenziali che venivano svolte un tempo da un buon medico condotto. Senza spese eccessive ma con risultati straordinari in termini di tempi e di adeguatezza nelle risposte. Sogni? Utopie? In tempi di crisi economica e di sostanziale staticità di un sistema stretto fra le difficoltà di bilancio e le spinte più o meno corporative delle categorie dei dipendenti e dei convenzionati, quello che avanza sembra solo lo spazio dei privati e della loro capacità di sfruttare le incertezze e i buchi della sanità pubblica. Con l'aiuto niente affatto disinteressato dei politici alla Formigoni che sull'avanzata del privato convenzionato hanno costruito un modello di Sanità che ha avuto uno sviluppo abnorme nella Regione Lombardia e che è progressivamente più importante anche altrove. Favorendo una corruzione già molto oltre il livello di guardia. Ebbene, è per opporsi a questo lento ma inesorabile sgretolamento della credibilità di un Sistema Sanitario pubblico fra i migliori del mondo che ci sarebbe bisogno oggi di decisione politica e di una chiara volontà di innovazione. A pagare, se questo non accadrà, continueranno ad essere, infatti, i più deboli. Socialmente ed economicamente.





Fai la ricerca



Vai alla Borsa



Vai al Meteo



Galleria Fotografica

Video

Scegli la Regione +



CRONACA • POLITICA • ECONOMIA • SPORT • SPETTACOLO • IN VIAGGIO • CERCO LAVORO • PIEMONTE&EU • CONS. REGIONALE • CIRCOLO LETTORI • SPECIALI

ANSA.it > Piemonte > **Parco Salute Torino, in arrivo 250 mln**

Parco Salute Torino, in arrivo 250 mln

Chiamparino, affidamento lavori entro il prossimo anno

Redazione ANSA

TORINO

27 aprile 2016

15:22

NEWS

Suggerisci

Facebook

Twitter

Google+

Altri

Stampa

Scrivi alla redazione



© ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE +

(ANSA) - TORINO, 27 APR - Il Ministero della Salute ha approvato lo studio di fattibilità per il futuro Parco della Salute di Torino e il relativo stanziamento di 250 milioni.

"Uno studio di fattibilità credibile e concreto e conti della Sanità in ordine dopo anni di inadempienze, una programmazione sanitaria in linea con il progetto: sono questi - commenta il presidente della Regione Piemonte, Sergio Chiamparino - i punti di forza che ci hanno consentito di portare a casa un risultato importantissimo. Adesso non ci sono più alibi: presto organizzerò un incontro con le principali forze del sistema torinese per definire insieme un percorso che ci consenta di partire entro il prossimo anno con l'affidamento dei lavori". "È stata particolarmente apprezzata - aggiunge l'assessore regionale alla Sanità, Antonio Saitta - la concretezza del progetto e la sua compatibilità con la rete ospedaliera. Questa iniziativa potrà rilanciare Torino dal punto di vista sanitario ma anche imprenditoriale e della ricerca".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Condividi Suggerisci

COMMENTI

ULTIMA ORA

- 17:58 **'SalumiAmo con Bacco', tour a Torino**
- 17:24 **Ultimi giorni per 'Fashion' a Torino**
- 17:22 **1 Maggio: Nosiglia, lavoro fondamentale**
- 17:09 **Gros-Pietro nuovo presidente Intesa**
- 17:02 **Batmobile sfreccia su 3/o ponte Istanbul**
- 17:00 **In 10.000 per 'I 3 Moschettieri' a teatro**
- 16:29 **Università Torino, 76% laureati lavora**
- 16:21 **Fiamme minacciano Santuario bene Unesco**
- 15:43 **A Cus Vda chiamate anche da Piemonte**
- 15:25 **My-Aha, progetto Invecchiare in salute**

> Tutte le news

PIANETA CAMERE

Camera di Commercio d'Italia

Turismo: voucher Cdc Caserta contro "mordi e fuggi"

Buono di 20 euro a persona per chi si ferma almeno due notti

Camera Commercio Macerata investe in formazione e scambi Ue

Bianchi, imprese vincono con giovani e tecnologie

Internet Day: Cciao Pordenone, incontri per scuola e imprese

Pavani, associata per assonanza la Giornata della Trasparenza

Imprese: Unioncamere, in Emilia-Romagna 20% aziende in rosa

Crescono dello 0,4%, ma meno rispetto a media nazionale di +0,7%

> Tutte le news

“Ora apriamo il cantiere entro il prossimo anno Inaugurazione nel 2020”

UNVERTICE

Non ci sono più alibi: organizzerò un incontro con il sistema torinese per definire le tappe in modo stringente

IL RISULTATO

Uno studio concreto e credibile dopo anni di promesse non mantenute: premiata la nostra programmazione

MARIACHIARA GIACOSA

ENTRO la fine del prossimo anno il via al cantiere e l'orizzonte del 2020 per vedere il Parco della Salute in attività. E' questo il calendario che ha in testa il presidente della Regione Sergio Chiamparino che ha intenzione di sfruttare già le prossime settimane per mettere intorno allo stesso tavolo fondazioni bancarie, università, Politecnico e istituzioni.

Presidente quali sono le prossime scadenze?

«Dal punto di vista tecnico deve continuare il lavoro per preparare il nuovo accordo di programma con il governo e con gli altri soggetti coinvolti che contiamo di sottoscrivere entro l'anno. Nel frattempo occorre mettere a punto i meccanismi di gara in modo che nel 2017 si possano affidare i lavori al privato che dovrà costruire le strutture e poi occuparsi della gestione dei servizi non sanitari».

Il cantiere potrebbe quindi partire tra un anno, e finire quando?

«Mi dicono che ospedali di questo tipo si costruiscono in tre o quattro anni, quindi l'orizzonte potrebbe essere quello del 2020-2021. Questo per quanto riguarda l'ospedale, per il progetto nel suo complesso ci vorrà più tempo, e anzi io mi auguro che ci sia sempre qualcuno che si agiunge».

Lei ha detto che «adesso non ci sono più abili». Cosa intende?

«Intendo che ognuno deve fare la propria parte. Faremo un tavolo, credo entro la metà di maggio, che concretizzi gli impegni di questi mesi e coinvolga la città, che è partner principale, Università e Politecnico in questo nuovo programma per la città, che coniuga la cura con la ricerca e la formazione. In quella sede bisognerà anche valutare gli impegni finanziari e di natura patrimoniale. Mi auguro che le fondazioni bancarie siano interessate a partecipare con dei contributi strutturali».

Dal governo arrivano 250 milioni, il progetto però ne richiede quasi 800. Come farete?

«Il meccanismo prevede una base pubblica, poi una parte privata di natura pubblica che non sto a quantificare ma che mi auguro possa arrivare dalle fondazioni bancarie, sul modello di quello che hanno già fatto per altri interventi che hanno cambiato il volto della città, penso ad esempio ai musei. Quello che resta non può che arrivare dalla finanza privata, legato a un canone che verrà pagato a chi costruisce e gestirà i servizi non sanitari. Questo vale anche per altri ospedali, quello di Moncalieri-Chieri e Carmagnola, e quello del Verbano Cusio Ossola. La scommessa è riuscire a pagare il nuo-

vo ospedale con i risparmi di gestione di quelli attuali».

Il progetto era fermo da 14 anni, quale è stata la carta decisiva per ottenere il sì del governo?

«Credo siano stati il rigore e la serietà che il Piemonte ha dimostrato nell'attuare gli indirizzi del patto della salute e l'impegno per la trasparenza dei conti. Ci hanno fatto conquistare credibilità. Poi ha contato senza dubbio il valore del progetto, che, per quanto preliminare, è molto dettagliato nei costi, nella sostenibilità economica e nei tempi di realizzazione. Anche i gruppi privati lo hanno apprezzato».

I privati: la Regione è pronta a una politica capace di attirare investimenti?

«Lo faremo. Gli strumenti sono molti, ad esempio c'è il contratto di insediamento che è previsto dalla legge. Ci stiamo preparando a fare l'ospedale più nuovo e più innovativo d'Italia. Mi auguro che operatori, medici e professionisti condividano con noi questa ambizione».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



L'annuncio di Renzi in vista del 1° maggio

“In arrivo un'iniezione di fondi per rivoluzionare la ricerca”

**Priorità
al campo
biomedico
e sanitario**

Un quarto
dei 2,5
miliardi sarà
destinato
a un settore
che il
ministro
Giannini
definisce
«prioritario»

2,5

miliardi
L'entità dei
fondi che
saranno
stanziati per
la ricerca, a
cui si somma
un miliardo
di euro
destinato
alla cultura

ROBERTO GIOVANNINI
ROMA

«Domenica 1 maggio - ha detto il premier Matteo Renzi nella sue "e-news" - onoriamo la Festa del Lavoro con un Cipe straordinario che stanzerà 2,5 miliardi di euro sulla ricerca e un miliardo di euro sulla cultura». Quelli che riguardano la ricerca non sono però soldi «nuovi». Sono risorse già stanziare da tempo, e che verranno adoperate per realizzare il «Piano Nazionale della Ricerca 2015-2020», ovvero il documento programmatico con cui il governo indica le azioni per rilanciare gli investimenti in R&S, che è stato messo a punto dal ministro dell'Istruzione e della Ricerca Stefania Giannini.

L'ambizione del PNR è quella di rivoluzionare il sistema della ricerca pubblica con una iniezione di risorse che da tempo non si registrava. Risorse che dovrebbero permettere anche di richiamare in patria i ricercatori costretti ad emigrare, che oltre a godere del bonus fiscale già varato potranno anche effettivamente disporre di budget e funzioni per sviluppare in Italia il loro lavoro. «Articolato

com'è in programmi e azioni - ha detto ieri Giannini - il Piano prevede azioni mirate a garantire una politica della ricerca ispirata a criteri internazionali», con l'obiettivo di «invertire la tendenza dei finanziamenti a pioggia con l'assegnazione dei fondi su base competitiva».

I 2,5 miliardi, spiegano al ministero, sono contabilizzati da qui fino al 2017, e fondamentalmente sono in parte già presenti nel bilancio del Miur (1,9 miliardi) o nelle risorse del Fondo per lo sviluppo e la coesione. Nel complesso il piano quinquennale però dovrebbe valere almeno 13-14 miliardi di euro, considerando le risorse pubbliche normalmente destinate per la ricerca (per gli enti pubblici del comparto, per l'università, gli investimenti in ricerca scientifica) e di volta in volta inserite nelle leggi di Stabilità, e quelle comunitarie, a cominciare dai 9,5 miliardi del fondo europeo Horizon 2020. Infine, si spera anche di mobilitare le risorse dei privati.

Un quarto dei primi 2,5 miliardi, ha detto ieri il ministro, saranno destinati alla ricerca in campo sanitario e biomedico,

«che è una priorità», insieme ad agrifood, spazio e industria 4.0. Il sistema dovrà virare in direzione della flessibilità e della semplificazione delle procedure, con l'obiettivo, azzarda Giannini, di «portare in Italia 1.600 ricercatori da tutto il mondo per il progetto Human Technopole» nell'area dell'Expo a Milano. Sempre Giannini ha detto che in vista c'è un profondo cambiamento dello status giuridico dei ricercatori, che non possono più continuare ad essere classificati come «dipendenti pubblici tout court»: se ne occuperà una dei decreti della riforma Madia, che dovrebbe realizzare «un ruolo unico dei ricercatori, mettendo l'accento su libertà di ricerca, autonomia professionale, titolarità di progetti e finanziamenti».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'ANNUNCIO

Renzi: festa del 1° maggio con 2,5 miliardi alla scienza

ROMA. «Domenica 1 Maggio onoreremo la festa del lavoro non solo con le cerimonie ufficiali ma con una riunione straordinaria del Cipe che stanzerà 2,5 miliardi di euro sulla ricerca e un



Matteo Renzi

miliardo di euro sulla cultura». Lo annuncia il presidente del Consiglio, Matteo Renzi nella sua enews. «Il lavoro che verrà in Italia — sottolinea Renzi — sarà creato anche e soprattutto dalla scommessa sul capitale umano: ricerca e cultura smettono di essere i settori da tagliare e diventano quelli su cui investire». I fondi che il Cipe stanzerà sono quelli previsti dal piano nazionale della ricerca. Un quarto di questi, spiega il ministro dell'Istruzione, Università e ricerca Stefania Giannini a ricercatori e aziende del settore «andrà alla ricerca sanitaria, che è una priorità», mentre il resto servirà a rilanciare agrifood, spazio

e industria 4.0. «La volontà politica — sottolinea Giannini — è quella di mettere la ricerca al centro dell'agenda di questo governo. Bisogna cambiare il sistema per attrarre investimenti ma anche talenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute. I risultati del Sistema europeo di allarme

Ue, sono i giocattoli dalla Cina i prodotti più «pericolosi»

IL RISCHIO

Il 62% dei beni nocivi proviene dal Far East. Quasi il 30% sono oggetti per bambini. Rilevati cromo e metalli pesanti

Laura Cavestri

MILANO

Cromo, ftalati, metalli pesanti. In Europa il «rischio chimico» si nasconde tra i giocattoli - peluche, macchinine e gadgets - provenienti, nel 62% dei casi segnalati, da Cina e Hong Kong.

A tracciare il quadro, è stata la Commissione Ue, che ha pubblicato - come ogni anno - i risultati 2015 del Rasff (il Sistema di allarme rapido europeo), da cui risulta che lo scorso anno sono stati notificati, nella Ue, 2123 segnalazioni di prodotti pericolosi. In calo sia rispetto alle 2435 del 2014 sia alle 2364 del 2013.

In pratica, dal 2003, il Sistema di allarme rapido fa sì che le informazioni sui prodotti non alimentari pericolosi ritirati dal mercato o soggetti a richiamo, ovunque in Europa, vengano rapidamente fatte circolare tra gli stati membri e la Commissione Ue. Un coordinamento che consente alle autorità dei diversi paesi di reagire prontamente con divieti o blocchi delle vendite, ritiro dal mercato, richiamo o rifiuto di importazione.

Col 62% di prodotti pericolosi segnalati, Cina e Hong Kong (in tutto 1262 notifiche) restano al primo posto tra i Paesi di origine dei prodotti «segnalati» (nonostante un lieve calo rispetto al 64% dello scorso anno).

Proprio per questo la commissaria europea alla Giustizia e ai Consumatori, Vera Jurova - nel presentare i dati - ha annunciato un viaggio in Cina «per rafforzare

la cooperazione in materia di sicurezza dei prodotti». Non solo Cina però. Crescono (di poco, dal 14 al 15%) le notifiche per prodotti nocivi «made in Ue» ma anche il numero di prodotti pericolosi e di produzione sconosciuta (dal 7% del 2014 al 10% del 2015).

Del resto, se l'etichettatura di origine dei prodotti non alimentari non è obbligatoria per le merci che circolano nella Ue, a trarne vantaggio sono anche i prodotti scadenti e nocivi.

Le categorie di prodotti più segnalate sono i giocattoli (27%) e il tessile-abbigliamento (17%), oltre a veicoli e parti meccaniche (10%), e apparecchiature elettriche (9 per cento).

Per quanto riguarda i rischi, il più frequente (25%) è il rischio chimico, per la presenza di ftalati, cromo e metalli pesanti (come nichel e piombo), soprattutto in giochi, pelletteria e bigiotteria. Segue il rischio di ferite (22%) con parti meccaniche e apparecchi elettronici.

Cinque Paesi insieme - Spagna (239), Ungheria (238), Germania (208) Regno Unito (162) e Bulgaria (151) - hanno presentato quasi la metà di tutte le notifiche nel 2015. Dall'Italia, appena 56.

Tuttavia, un primato (positivo) lo abbiamo. Quello delle segnalazioni su alimenti e mangimi animali. Anche per queste esiste un sistema di allarme rapido Ue. Nel 2015 su quasi 3 mila notifiche, l'Italia ha inviato a Bruxelles 511 notifiche (il 17,2% del totale). Tra i più segnalati: pesce, mangimi, frutta e vegetali, dolci, latte e derivati. Soprattutto provenienti da Cina, Turchia e India. Le cause: contaminazioni con salmonella ed escherichia coli, allergeni non presenti in etichetta, residui di fitofarmaci e Dna di ruminante nei mangimi animali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le Pfas sono sostanze usate per rendere impermeabili tessuti e superfici In Veneto avrebbero avvelenato almeno 60 mila persone: è il progresso

VICENZA Allarme per i perfluorati usati nell'industria chimica. L'esperto: "È noto dal 2013"

Acqua contaminata per 400 mila persone: "In Veneto si rischia una terra dei fuochi"

FERRUCCIO SANSA

I N VENETO SI RISCHIA UN'ALTRA TERRA DEI FUOCHI. Una roba che potrebbe aver contaminato fino a 400mila persone tra Vicenza, Verona e Padova. Ma vi rendete conto? Si parla di sottoporre ad analisi 250mila veneti. È un allarme senza precedenti". Parla un dirigente sanitario della Regione Veneto che vuole restare anonimo. Anche perché da queste parti tanti hanno paura che lo scandalo Pfas, da un momento all'altro, scoppi a livello nazionale. Sarebbe una bomba per la salute delle persone e perché qualcuno potrebbe essere chiamato a spiegare come mai si è intervenuti solo adesso. "È dagli anni '90 che c'è chi solleva la questione. E dal 2013 che il pericolo è noto", aggiunge il dirigente della Regione.

Ma che cosa è successo? In Veneto da settimane la parola più pronunciata è "Pfas", cioè perfluorati utilizzati per anni nelle lavorazioni chimiche per rendere impermeabili i tessuti. Pfas, ripetono tutti, anche se magari non si sa cosa siano. L'unica cosa certa è che fanno male. I rischi? Colesterolo alto, ipertensione, alterazione dei livelli del glucosio, effetti sui reni, patologie della tiroide. Nei soggetti iper esposti, tumore del testicolo e del rene. Il punto è che in Veneto si registrano livelli abnormi di Pfas. A cominciare dal vicentino, dalle valli dell'Agno e del Chiampo. Secondo l'Arpav, sarebbe partito soprattutto da Trissino. Dalla Miteni, ex Rimar, un tempo proprietà della Marzotto. "Noi non c'entriamo. Un'area così vasta può essere stata contaminata solo dagli scarichi dei consorzi", assicura la società. Ma il punto è un altro: gli Pfas ci mettono anni per penetrare nelle falde. Altri anni per finire dall'acqua nel corpo delle persone. E ancora anni per produrre danni alla salute. Intanto non si riesce a capire quante persone potrebbero essere state toccate. I primi dati non vengono da comitati bellicosi, ma dall'Istituto Superiore della Sanità e dalla Regione Veneto: "Più di 60mila residenti nelle zone a maggior impatto sono contaminati - spiega l'assessore regionale alla Sanità, Lucio Coletto - Altri 250 mila sono interessati dal problema". Domenico Mantoan, segretario generale della Sanità veneta, ha raccontato: "Io sono tra i super esposti, perché ho bevuto per trent'anni l'acqua di casa mia a Brendola, nel vicentino. Ora ho fino a 250 nanogrammi per grammo di Pfas nel sangue". Il bacino dei potenziali interessati arriva a 400mila persone. Poi ci sono gli animali, dove allevamento e latte incidono tanto sull'economia.

Il Movimento Cinque Stelle (con il democratico Andrea Zanon che batte da anni sul tema) hanno denunciato il pericolo e presentato un esposto. La consulente tecnica era Marina Lecis: "Ben 12 tipi di Pfas erano monitorati da Arpav già dal 2013 - ha raccontato al sito di informazione *Vvox.it*, che tra i primi si è occupato della questione - E prima del 2013, anche a livello internazionale, veniva studiata la loro tossicità. I Pfas venivano riconosciuti dalla comunità scientifica come sostanze interferenti con gli ormoni e neurotossiche". Lecis aggiunge: "Il vero problema è che la Regione Veneto è andata troppo piano". I vertici della Regione negano. Ma la questione Pfas fa paura. Luciano Panato, voce storica dell'ambientalismo vicentino, si sfoga: "Da anni denunciavamo, ma nel migliore dei casi ci hanno risposto con indifferenza o fastidio".



Arsenico, riso «amaro» per i bambini

Forti concentrazioni nelle urine dei piccoli aumentano il rischio di cancro L'alimento finisce sul banco degli imputati in una ricerca americana

Giustina Ottaviani

■ Il riso, uno dei prodotti più consigliati dai pediatri ai genitori per l'alimentazione dei bimbi, finisce sul banco degli imputati per le forti concentrazioni di arsenico riscontrate nelle urine dei bambini che hanno consumato prevalentemente questo cereale o i suoi derivati. Lo rivela uno studio su 'Jama Pediatrics', condotto dalla Dartmouth College School of Medicine. Secondo la Food and Drug Administration (Fda), l'agenzia di controllo americana, l'esposizione a lungo termine all'arsenico (elemento naturale del terreno ma usato anche nei pesticidi e mangimi, che il riso assorbe più facilmente di altre colture) è collegata con più alti tassi di tumori della pelle, della vescica, del polmone.

Inoltre, l'esposizione del feto all'arsenico è stata collegata ad effetti sul sistema immunitario e sullo sviluppo neurologico. Visti questi potenziali pericoli legati all'assunzione di arsenico con l'alimentazione, la Fda ha pubblicato un avvertimento che raccomanda ai genitori di considerare altre opzioni oltre al riso come primo cibo solido per un bambino. I ricercatori hanno monitorato 759 piccoli nati tra il 2011 e il 2014, l'80% ha introdotto il riso nella dieta del figlio nel primo anno di vita. E il 64% di questi bambini ha iniziato tra il quarto e il sesto mese. «Il nostro studio - osservano gli scienziati - dimostra che il consumo di riso aumenta l'esposizione dei neonati all'arsenico più di quanto raccomandato dall'Oms per questa fascia di popolazione».

Come si può ridurre il rischio di esposizione? Secondo i ricercatori, il riso integrale contiene l'80% in più di arsenico rispetto a quella qualità bianca, perché la sostanza chimica si accumula nello strato

esterno del vegetale che durante la lavorazione per ottenere il riso bianco viene eliminata. Il riso basmati bianco dell'India, Pakistan e della California contiene le dosi più basse. Un'alternativa per l'alimentazione dei bambini - suggerisce lo studio - possono essere alcuni cereali ricchi di ferro come l'avena, l'orzo e il grano.

Nel giugno scorso erano state le autorità di controllo tedesche ad alimentare gli allarmismi sul tormentone-riso, o meglio sui suoi derivati, gallette, cialde, craker. In seguito alle analisi dell'Istituto federale tedesco per la valutazione del rischio (BfR) che aveva rilevato quantità di arsenico maggiore nei prodotti a base di riso che nei grani stessi, si era mossa anche la commissione Ue che ha dato nuove regole. Dal primo gennaio scorso, infatti, sono entrati in vigore i nuovi limiti massimi relativi all'arsenico inorganico nel riso e nei derivati. Il nuovo regolamento europeo stabilisce quindi per la prima volta dei limiti per proteggere i consumatori: 0,20 e 0,25 mg/kg, rispettivamente, nel riso e nel riso parboiled o integrale, 0,30 mg/kg per la biscotteria a base di riso, mentre una speciale precauzione è riservata al riso destinato ai prodotti per l'infanzia: il tenore massimo ammesso è di 0,10 mg/kg, meno della metà rispetto alle altre categorie di riso. «Con i nuovi limiti, occorrerà rivedere la destinazione di parte del riso attualmente utilizzato nell'industria alimentare - aveva spiegato a gennaio Francesco Cubadda, ricercatore Iss in occasione dell'entrata in vigore dei limiti - tuttavia, sono in corso studi sui metodi di coltivazione che permettono di ridurre l'assorbimento di arsenico da parte del cereale: questi studi riceveranno un ulteriore impulso proprio in virtù della necessità di rispettare i nuovi limiti europei».



Amianto, vietato ma in vendita

Sequestrati thermos con la fibra killer e non è un caso isolato. Oggi la giornata mondiale delle vittime (sono 4mila l'anno soltanto in Italia)

ROMA Azzurri o verdi, con fiorellini disegnati a contrasto, un comodo manico per trasportarli in giro e la capacità di conservazione fino a un litro di bevande o alimenti caldi. Comodi, carini, e velenosi. Si perché i thermos in vendita sugli scaffali dei negozi di Treviso avevano all'interno la pericolosa fibra di amianto crisotilo. Lo hanno scoperto i tecnici dell'Arpa Veneto con una speciale tecnica di microscopia elettronica e il ministero della Salute ha ritirato dal commercio i thermos provenienti dalla Cina ricordando che «nel nostro Paese è vietato dalla legge 257 del 1992 commercializzare materiali con amianto». Invece accade più spesso di quanto il ministero della Lorenzini sospetti. Infatti è accaduto frequentemente il sequestro di thermos realizzati in Cina: ma non è un caso isolato. Già a gennaio la stessa marca di thermos era stata sequestrata e casi simili sono stati riscontrati nel 2014 e nel 2015.

«Oggi è la giornata mondiale delle vittime dell'amianto e c'è un solo modo per cercare di fare prevenzione e ridurre il numero delle vittime: eliminare l'amianto dalle nostre città e dal nostro

Paese»: lo ha detto Giorgio Zampetti, responsabile scientifico di Legambiente alla giornata di studio di Casale Monferrato, l'epicentro della spoon river italiana.

Strage annuale

Ancora oggi muoiono in Italia 4mila persone ogni anno per tutte le malattie asbesto correlate, con oltre 21mila casi di mesotelioma maligno diagnosticato dal 1993 al 2012. A 24 anni dalla sua messa al bando l'amianto è ancora diffusissimo sul nostro territorio: il Cnr stima che ci siano ancora 32 milioni di tonnellate.

Il Programma nazionale di bonifica dei siti di interesse nazionale conta 75 mila ettari di territorio in cui è accertata la presenza di materiale in cemento amianto, il ministero dell'Ambiente riporta oltre 44mila siti contenenti amianto di cui 2236 bonificati e 41350 ancora da bonificare.

Ma le stime sono destinate a crescere visto che il report annuale molte regioni non l'hanno mai inviato: la Calabria non è pervenuta mentre altre 5 regioni (Marche, Abruzzo, Molise, Puglia e Basilicata) non hanno fornito i dati del 2014.

STEFANIA DIVERTITO

Dov'è il piano?

“Subito il piano nazionale amianto”

- **Roma** Si terrà domani presso la Sala Regina della Camera dei Deputati il convegno organizzato da Cgil, Cisl, Uil per chiedere al governo di approntare al più presto il piano nazionale amianto. Sarà presente anche il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti.

Scuole contaminate senza risarcimenti

ROMA È un ginepraio di situazioni molto variegato quello dei risarcimenti. È il caso delle scuole: in 2400 c'è amianto e il personale che vi ha lavorato non è preso in considerazione. E poi casi eclatanti: i 18 parenti delle vittime delle Officine Meccaniche nel Padovano si sono visti riconoscere un oltre 2,7 milioni di risarcimenti. Ma l'allora amministratore della società Dino Marchiorello, oggi 92 anni, già presidente della Banca Antonveneta risultava, già all'inizio del procedimento, nel 2011, nullatenente. **STE.DIV.**

Bonifiche il buco nero delle discariche

ROMA Lo smaltimento rimane l'anello debole della catena: ci sono solo 24 impianti autorizzati (a marzo 2015) a ricevere materiali con amianto in 11 regioni (Sardegna, Piemonte, Toscana, Emilia, Lombardia e Basilicata, Abruzzo, Friuli, Liguria e Bolzano) e con volumetrie in calo. La metà dei rifiuti raccolti in Italia finiscono in Germania, con costi spropositati. La legge di Stabilità 2015 ha messo a disposizione 45 milioni all'anno fino al 2017 per la bonifica dei siti industriali. **STE.DIV.**



A Casale Monferrato il Parco della Memoria dove sorgeva lo stabilimento Eternit. /LAPRESSE



<http://www.adnkronos.com>

Giannini, vogliamo portare in Italia 1.600 ricercatori



"Serve una infrastruttura che metta in collegamento in maniera interdisciplinare la comunità scientifica. Vogliamo portare **in Italia 1.600 ricercatori dall'estero per il progetto Human Technopole**" nell'area dell'Expo a Milano. Ad annunciarlo **il ministro dell'Istruzione, università e ricerca Stefania Giannini**, intervenendo agli **Stati generali della ricerca sanitaria**, in corso a Roma.

"Ci saranno delle call per figure di altissimo profilo scientifico da impiegare nei sette dipartimenti previsti", ha aggiunto.

"**Il trattamento giuridico dei ricercatori** come fossero dipendenti pubblici qualsiasi non funziona, perché ci vuole un sistema semplice e trasparente di arruolamento senza legami con la burocrazia. Quest'aspetto lo affronteremo con una **delega specifica del decreto Madia** - spiega la Giannini - che renderà la figura del ricercatore finalmente libera di giocare con le stesse regole di altri Paesi. Questo faciliterà il sistema ad aprirsi". Il **Piano nazionale per la ricerca** "assegnerà **due miliardi e mezzo di euro** con priorità a quattro settori (agrifood, spazio, industria 4.0 e sanità), fondi non a pioggia. Sono stanziati anche, per la valorizzazione del capitale umano, 500 milioni di euro. Per i vincitori dei grant europei (già per lo più italiani) si avrà la possibilità di chiamata diretta e di portare il proprio team nella sede scelta, dando a nostra volta un ulteriore grant fino a 700 mila euro a team. Serve inoltre una internazionalizzazione del sistema e andranno infine superati ostacoli alla produzione di brevetti".

<http://www.adnkronos.com>

Lorenzin agli Stati generali della ricerca: "Italia quinta al mondo per valore pubblicazioni"



"E' necessario che tutto il Paese capisca che **la ricerca è un asset strategico, su cui puntare** per crescere e dare opportunità ai nostri cittadini. **L'Italia è il quinto Paese al mondo come impact factor di pubblicazioni scientifiche** prodotte, il dodicesimo per investimenti in ricerca biomedica e l'ottavo per peso di investimento in ricerca biomedica rispetto al totale destinato a ricerca e sviluppo. Ma il vulnus è rappresentato dalla difficoltà di **trasformare questi studi in brevetti**". A dirlo **il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, aprendo i lavori degli **Stati generali della ricerca sanitaria**, in programma oggi e domani a Roma.

"Abbiamo ricercatori ben formati - ha aggiunto - ma non riusciamo ad attrarre investimenti in ricerca. Cosa ci manca? **Manca un Paese accogliente per i ricercatori**, che trattiamo come fossero dipendenti di qualsiasi servizio, anche se per formarli spendiamo 400 mila euro l'uno. I ricercatori vanno all'estero e non ritornano. E non siamo in grado di attrarre anche noi gli scienziati migliori dall'estero. Manca poi il contesto, che non mette la ricerca al centro di un sistema, mettendo in rete tutte le realtà che ci sono. Ed è quello che proviamo a fare oggi", sottolinea. "Vogliamo creare un'infrastruttura che sostenga la ricerca. Per dare impulso a settori come la genomica, la medicina di precisione, i nuovi farmaci, l'agrifood, la nutraceutica. Lo possiamo fare meglio degli altri e ci manca veramente poco - prosegue - per fare un salto in positivo. È un capitale che va rilanciato in una strategia di sistema. In questa occasione presenteremo una proposta per garantire un percorso che valorizzi i ricercatori e la meritocrazia, rendendo più attraente il nostro Paese, e presenteremo il nuovo bando

della ricerca finalizzata e dell'Aifa".

"Investire nella ricerca vuol dire investire nel nostro futuro e far crescere le potenzialità del paese. Per questo deve diventare una delle **priorità dell'agenda italiana**, anche perché è un modo per dare opportunità alle giovani generazioni ed evitare che alcuni tra i migliori siano costretti a costruire altrove il proprio percorso professionale". Questo il richiamo del **presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, nel messaggio inviato agli Stati generali della ricerca sanitaria.**

"La ricerca sanitaria rappresenta un patrimonio di conoscenze e di esperienze - afferma il capo dello Stato - di grande valore per la società, in termini di qualità della vita, di tutela della persona, di crescita delle stesse potenzialità economiche. Il nostro Paese vanta eccellenze in questo campo, così come nell'applicazione di biotecnologie avanzate. Occorre per questo compiere ogni sforzo - sottolinea - per incrementare le risorse a disposizione e selezionare gli obiettivi sulla base di strategie ben definite, e il più possibile condivise".

quotidianosanità.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Il Def arriva in aula alla Camera e al Senato. E la sanità è al centro di molti interventi. Preoccupazione bipartisan per sostenibilità del Ssn

Dibattito in contemporanea nei due rami del Parlamento sul Documento di economia e finanza. Tra i temi del confronto la sanità è citatissima da diversi esponenti di tutte le forze politiche. E prevale la preoccupazione per le previsioni che vedono la discesa del peso della spesa sanitaria sul Pil.

Prosegue oggi, nelle Aule di Camera e Senato, l'esame del Documento di economia e finanza. Nei loro interventi, deputati e senatori hanno dedicato ampio spazio al tema della sanità. Condivisa la preoccupazione della futura sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, così come la necessità di maggiori investimenti nel settore, a cominciare dalla prevenzione, dopo i dati allarmati riportati ieri nel [rapporto Osservasalute](#).

CAMERA

Giulia Grillo (M5s): “Nel 2015 l'11 per cento dei cittadini non ha avuto accesso alle cure. Non avete sbloccato il turnover e continuate a non sbloccarlo nonostante che nella legge di stabilità aveste previsto dei concorsi straordinari di cui in questo DEF non c'è neanche l'ombra. La spesa per il personale in sanità in rapporto alla popolazione è diminuita del 4,4% negli ultimi anni e ricordo anche lo sforzo che hanno fatto i servizi sanitari regionali in termini di riduzione di posti letto. I cittadini hanno visto ridursi i servizi, specialmente dell'assistenza ospedaliera, mentre dell'assistenza territoriale non c'è neanche l'ombra. Non parliamo della prevenzione perché lì ci possiamo cominciare a mettere a ridere”.

Antonio Misiani (Pd): “Quanto alla sanità il DEF delinea degli obiettivi di contenimento della spesa ambiziosi. È importante ma bisogna evitare che questi obiettivi di contenimento della spesa producano un indebolimento dei servizi. Non c'è relazione diretta, a differenza di quanto hanno sostenuto altri colleghi, però l'aumento della mortalità e la riduzione della speranza di vita per la prima volta da più di cinquant'anni sono dei campanelli d'allarme di cui non possiamo non tenere conto”.

Marisa Nicchi (Si): “Una cosa questo DEF scrive molto chiaramente, che il diritto alla salute nel nostro Paese è messo in discussione. Questo attacco ad un diritto fondamentale avviene attraverso una politica di strangolamento del servizio sanitario pubblico. Siamo di fronte a tagli alle prestazioni sanitarie e sociali, ad un depauperamento del sistema di protezione sociale e in particolare siamo di fronte ad un impoverimento inaccettabile del sistema di prevenzione e questo fa sì che chi nel nostro Paese non ha i mezzi, trascura la sua salute e riceve le cure troppo in ritardo. Nel DEF non si parla di contratto del pubblico impiego, non si parla del contratto degli operatori sanitari e sottoposti ad uno sfruttamento inaccettabile, che ha delle conseguenze sul piano dei servizi”.

Pia Elda Locatelli (Misto): “Un altro fronte che ci allarma particolarmente è quello che riguarda l'azione di spending review in ambito sanitario. Noi socialisti siamo sempre stati – e continuiamo ad essere – convinti sostenitori del sistema sanitario pubblico, un sistema che, pur con le sue disfunzioni e i suoi sprechi – non li neghiamo – ha dato a tutti, a prescindere dal reddito, l'accesso alle cure e garantito il diritto alla salute. Un sistema che molti all'estero ci invidiano. Ecco, noi temiamo che, in

seguito ai tagli previsti, questo potrebbe non essere più possibile e ci auguriamo davvero che se minore spesa deve esserci – è vero – questa venga raggiunta attraverso recuperi di efficienza e non attraverso la riduzione dei servizi.

SENATO

Sante Zuffada (Fi): “È fuori dubbio che il sistema sanitario nazionale, rispetto ad altri sistemi internazionali, si evidenzia in modo particolare per il problema dell'universalità. In 12a Commissione è in atto un'indagine conoscitiva nel merito. Purtroppo si è evidenziato che, rispetto all'aumento delle patologie, all'invecchiamento della popolazione e alla riduzione delle risorse, la sostenibilità del sistema a breve potrebbe avere delle problematiche. Per non parlare, poi, del problema del personale: negli anni si è avuta una riduzione sistematica del turnover, per cui si è assistito ad un invecchiamento di tutto il personale, sia medico che infermieristico. E vogliamo parlare dei blocchi contrattuali che si sono avuti? Tutto ciò, anche a seguito delle indicazioni relative alla spesa contenuta nel DEF (una riduzione di 720 milioni nel 2017, di 1.530 nel 2018 e di 1.589 nel 2019) la dice lunga su quelli che sono i comportamenti di questo Governo relativamente alle premesse e alle conclusioni”.

Paolo Tosato (Ln): “Ricordo una spending review che non avviene. Il Governo è capace di applicare la spending review solo nei confronti degli enti locali, con l'attuazione di tagli lineari a grave danno soprattutto della nostra sanità, che è uno dei nostri patrimoni più importanti. Il Governo, quindi, impone agli altri ciò che non è in grado di fare e di imporre a se stesso. La riduzione dei costi dell'apparato statale non è stata attuata, né avviata e si gettano le responsabilità solo sulle spalle dei poveri amministratori locali che sono in grave difficoltà nel tenere insieme le necessità di non aumentare la pressione fiscale e di garantire i servizi essenziali alle persone, che ormai vengono negati”.

Paola De Pin (Gal): “Il tentativo di smantellare il sistema sanitario pubblico per il profitto dei privati, rimanendo in linea con le politiche di un Governo che ha portato al risultato che molti cittadini hanno rinunciato a curarsi per l'aumento del ticket e le interminabili liste d'attesa. Per il 2016 erano previsti 117,6 miliardi di euro dal DEF precedente del 2013, calati poi, invece, a 113,4 con il DEF 2015, per arrivare a un finanziamento reale di 111 miliardi, comprensivi di 800 milioni di euro per i nuovi LEA. Stiamo demolendo sistematicamente la più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, da difendere e garantire alle future generazioni”.

Giovanni Barozzino (Misto): “In questo DEF non c'è ombra del reddito minimo garantito, eppure le nostre famiglie si stanno impoverendo. Ormai 10 milioni di famiglie vivono nella povertà. L'ultimo dato che ci è stato consegnato è che ormai anche la prevenzione sanitaria è diventata un lusso per i nostri cittadini: il nostro Paese è ultimo in questo”.

Giovanna Mangili (M5s): “Nel DEF la spesa sanitaria nel 2019 scenderà al 6,5 per cento del PIL, cioè al di sotto del livello di rischio per la salute indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. A ciò si aggiungono gli interventi su previdenza e stato sociale”.

Nerina Dirindin (Pd): “Quello che ci preoccupa è il fatto che in questi ultimissimi anni sempre più ci siano segnali di difficoltà da parte dei cittadini ad accedere ai servizi. Non solo, ma sta emergendo dai dati ISTAT un timore denunciato dai cittadini che ormai credevamo superato, quello di non avere i soldi per curarsi di fronte a servizi sanitari che, sempre più, rendono difficile l'accesso ai cittadini per difficoltà organizzative. Ci sono tre elementi sui quali vogliamo segnalare al Governo motivi di preoccupazione. In primo luogo, la dotazione e la situazione del personale. Il secondo punto riguarda i farmaci innovativi. Quanto al terzo punto, spiace vedere la mancanza, per ancora un altro anno o per più anni, di una ripresa degli investimenti in edilizia e in tecnologie sanitarie”.

Luigi d'Ambrosio Lettieri (CoR): “Siamo di fronte ad un Documento Economico Finanziario irrilevante, aleatorio e ingannevole rispetto alla situazione economica e sociale del Paese, che non interviene sulla spesa pubblica improduttiva, che lascia irrisolte criticità fortissime sia sul piano della pressione fiscale che su quello della sostenibilità del ssn continuando a pregiudicare la qualità dei

servizi e l'equità di accesso alle cure e delle risorse destinate allo sblocco del turn over del personale sanitario e ai rinnovi contrattuali, nonché ai farmaci innovativi e alla prevenzione. E proprio nel momento in cui il Rapporto Osservasalute ci dice che per la prima volta forse nella storia d'Italia l'aspettativa di vita degli italiani si abbassa, individuando la causa principale proprio nella riduzione della prevenzione. D'altronde, l'Italia è fanalino di coda nel mondo quanto a spesa per la prevenzione che si attesta sul 4,1% della spesa sanitaria totale. La dinamica della spesa sanitaria, in relazione al Pil, evidenzia una costante diminuzione delle risorse disponibili e lascia presagire una sorta di sgretolamento progressivo del sistema di welfare".

<http://www.adnkronos.com>

A 165 giovani scienziati i Grant 2016 della Fondazione Veronesi. L'oncologo: "Ora tocca a voi"



I vincitori dei Grant 2016 di Fondazione Veronesi

Ricevere un finanziamento per una ricerca "è un mandato a percorrere la larga via della conoscenza". Ma per portare avanti la missione "bisogna **alzare gli occhi dal microscopio**, guardare oltre i propri orizzonti", **difendere "i grandi valori"**, consapevoli di avere un ruolo "fondamentale per il **progresso dell'umanità**". Da uomo che ha vissuto moltissimi anni nel mondo della scienza e della ricerca clinica, guardando da vicino la sofferenza e la morte, vi dico: **ragazzi ora tocca a voi**".

L'oncologo **Umberto Veronesi** si rivolge direttamente ai giovani ricercatori - oggi a **Milano** nel giorno della consegna dei Grant messi in campo per il 2016 dalla Fondazione che porta il suo nome - in un passaggio di testimone ideale da uno scienziato in camice che ha dedicato la sua vita alla lotta contro il tumore al seno alle nuove leve della scienza.

In tutto i premiati sono 165, hanno dai 26 ai 34 anni e un progetto all'avanguardia nel cassetto con cui puntano a lasciare il segno nel campo dell'oncologia, delle malattie cardiovascolari e croniche, delle neuroscienze, della prevenzione e nutrigenomica. La Fondazione Umberto Veronesi ha deciso di investire sulle loro idee. **Tre quarti sono donne e il 16% arriva da Paesi stranieri** per svolgere i propri studi in un istituto di ricerca italiano per svolgere il loro lavoro. "Attiriamo cervelli da 21 Paesi. Arrivano in parte da Stati più avanzati sul fronte scientifico, e in parte da Paesi che hanno ancora bisogno di svilupparsi", sottolinea Veronesi. Vengono da Afghanistan, Argentina, Canada, Francia, Grecia, Iran, India,

Irlanda, Lituania, Madagascar, Polonia, Repubblica Dominicana, Repubblica di Guinea, Russia, Stati Uniti, Spagna, Serbia e Montenegro, Ucraina e Venezuela. La carica di nuove leve della scienza con in tasca il Grant della Fondazione è al lavoro in 30 città, da Nord a Sud, da Palermo a Trento, da Milano a Roma. Fare ricerca, dice loro Veronesi, non è solo armeggiare con pipette e provette. E' molto di più, assicura. Lo è da sempre. "Già dai tempi di Dante", sottolinea ricordando il Canto ventiseiesimo dell'Inferno e un passo dell'"Orazion picciola" ("Fatti non foste a viver come bruti ma per seguir virtute e conoscenza") pronunciata da Ulisse per convincere i suoi compagni di navigazione a rischiare. **"La conoscenza deve essere l'obiettivo finale dei vostri sforzi. E' un bisogno primario per l'uomo**, nutre le sue cellule cerebrali. Dal pensiero nascono le idee, dalle idee la creatività". E "da sempre la conoscenza viene messa in una posizione suprema della vita umana, come confermato 3 secoli dopo da Galileo Galilei che parlava di esplorazione dell'ignoto, che deve essere razionale. Sperimentare per conoscere. **C'è dunque una lunga storia alle vostre spalle"**, ammonisce Veronesi.

Il futuro non sarà tutto in discesa, puntualizza lo scienziato. "Avete una vita difficile davanti. **La scienza non è più quella di una volta, oggi 5 grandi aree disciplinari diverse si incrociano: genetica, robotica, informatica, nanotecnologia, come ci ricorda l'acronimo 'grin', e aggiungo statistica, senza la quale non ci sarebbe scienza"**. Le prospettive che questo incrocio di saperi può aprire sono "enormi", sottolinea.

Una sfida da cogliere con lo sguardo rivolto ai grandi valori. La scienza per Veronesi "deve avere una funzione civilizzatrice, al servizio dell'umanità. **Ai giovani dico: alzate gli occhi dal microscopio e guardate più lontano dei vostri orizzonti**. Guardate alla fame nel mondo e ai 3 milioni di bimbi che muoiono ogni anno, alla mortalità perinatale, alla difesa dell'ambiente, alla ricerca di fonti di energia alternative ai combustibili fossili. **E ricordate di difendere i grandi valori**, la scienza avanzata come massima espressione dell'intelletto e libertà, dominata da una madre: la pace, senza cui non si può procedere verso nessuna direzione". **La scienza stessa, ribadisce l'oncologo, "è pace: basta guardare nei laboratori ragazzi di ogni cultura, religione e colore di pelle che lavorano fianco a fianco, attaccati l'uno all'altro. Noi - conclude - vogliamo importare questo"**.



27-04-2016

<http://www.dire.it/>

Tumori, i massimi esperti a congresso a Milano

I lavori dal 29 aprile al 2 maggio; Il 30 conferenza con Veronesi

(DIRE - Notiziario settimanale Sanita') Roma, 27 apr. - I maggiori esperti mondiali nella ricerca e nella cura delle malattie tumorali si sono dati appuntamento dal 29 aprile al 2 maggio prossimi a Milano per condividere e mettere a confronto le esperienze piu' avanzate acquisite finora in campo oncologico.

Tre gli eventi congressuali in programma che si terranno in contemporanea. Il primo sara' il meeting dell'Eortc (European organization for research and treatment of cancer) gruppo melanoma. In concomitanza con i lavori del meeting Eortc si aprira' la quarta edizione della conferenza del Melanoma Independent Board in memoria di Natale Cascinelli. Seguiranno i lavori dell'Isns, il congresso biennale della societa' internazionale del linfonodo sentinella che si terra' per la prima volta in Italia.

Il 30 aprile alle 11, presso la sede dello IEO (Istituto europeo di oncologia) in via Ripamonti 435 si terra' un incontro con la stampa durante il quale Umberto Veronesi, direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia e i promotori e coordinatori degli eventi, Alessandro Testori, direttore della Divisione melanomi e sarcomi muscolo-cutanei presso l'Istituto europeo di oncologia e Nicola Mozzillo, vice-presidente dell'Attivita' scientifica presso il National cancer institute di Napoli, faranno il punto sugli ultimi, importanti traguardi raggiunti nella ricerca e nella cura del cancro.

quotidianosanita.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Veneto. Padova, l'Ordine dei medici apre lo "Sportello donne medico"

Il servizio si propone di aiutare le colleghe a conciliare le esigenze familiari con quelle occupazionali e di crescita professionale. Ma intende anche offrire percorsi per favorire la partecipazione delle donne alla politica professionale, per ascoltare i bisogni di formazione specifici.

"Impegnata, competitiva, preparata, permeabile ai modelli di successo e carriera, attiva nel conciliare le sue molteplici sfaccettature con i ruoli sociali di moglie e di madre, entusiasta del suo lavoro. Ma anche frustrata per la carriera spesso ostacolata, disturbata dai limiti che le impone l'egemonia maschile del potere, divisa fra i diversi ruoli coinvolgenti ma molto faticosi che si trova contemporaneamente ad assumere, ricadendo su di lei il peso della famiglia, l'educazione dei figli, la gestione della casa, l'assistenza agli anziani. Permangono poi evidenti disparità tra uomini e donne in particolare nell'area della dirigenza". E' questo, secondo l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Padova, l'identikit della donna medico, "costretta a 'vestire' più ruoli, tutti strategici".

Ed è per aiutare le donne medico a conciliare tutti questi ruoli che, in occasione della Giornata nazionale per la Salute della Donna l'Omceo della Provincia di Padova ha deciso di inaugurare uno "Sportello Donna Medico", rivolto alle sue 3.264 donne iscritte (su un totale di 7.674). "Del resto – spiega l'Ordine nella nota che annuncia l'attivazione dello Sportello - il processo di 'femminilizzazione della sanità', attualmente in corso, rende necessario ricercare l'applicazione di modelli gestionali in grado di conciliare vita familiare e vita lavorativa".

La novità, voluta dal presidente prof. **Paolo Simioni** unitamente alla Commissione Donne composta dalle dott.sse **Antonella Agnello**, **Gianna Vettore** e **Giustina De Silvestro**, e alla Commissione odontoiatrica presieduta dal dr. **Ferruccio Berto**, ha trovato pieno consenso nel Consiglio direttivo. Per accedere al servizio le donne medico ed odontoiatre interessate possono mandare una mail all'indirizzo donnemedico@omco.pd.it.

"Il servizio si propone di dare adeguate risposte ai fabbisogni specifici di quella che costituisce oggi quasi la maggioranza del mondo medico, soprattutto tra le giovani generazioni. Lo sportello - spiega il prof. Simioni - vuol dare voce a quelle donne che trovano difficoltà nel contesto lavorativo per aiutarle, quando possibile, a conciliare le proprie esigenze familiari con quelle occupazionali e di crescita professionale. Ma intende anche offrire percorsi per favorire la partecipazione delle donne alla politica professionale, per ascoltare i bisogni di formazione specifici, e tutto ciò che via via l'esperienza di uno strumento nuovo può apportare per migliorare la rete e la comunicazione nel mondo medico. Attraverso questo sportello potranno essere individuati indirettamente anche i bisogni di salute delle donne che afferiscono ai vari ambulatori".

<http://www.agenparl.com>

Nucleare, Enea: a 30 anni da Chernobyl un laboratorio mobile per analisi e sicurezza

A 30 anni dal drammatico incidente di Chernobyl, pubbliche amministrazioni e privati hanno a disposizione uno strumento specifico per analizzare e mettere in sicurezza materiale radiologico, nucleare e sostanze radioattive. Si tratta del Laboratorio di caratterizzazione radiologica e gestione dei rifiuti dell'ENEA, un veicolo attrezzato con le più recenti soluzioni hi-tech per gestire in sicurezza il materiale radiologico e nucleare. Il laboratorio è dotato di strumentazione portatile che consente mobilità e operatività "on-time" sul territorio, per tutte le attività di controllo, caratterizzazione e consulenza. Il laboratorio è una delle strumentazioni di cui si è dotato il nostro Paese dopo l'incidente di Chernobyl del 26 aprile 1986.

Il veicolo è stato infatti ideato e progettato nel quadro delle attività di sicurezza e salvaguardia nucleari del Ministero dello Sviluppo Economico previste dal Protocollo Aggiuntivo all'Accordo di Verifica del Trattato di Non-Proliferazione Nucleare. Il Laboratorio Mobile dell'ENEA si rivolge in particolare agli operatori del settore del ciclo del combustibile nucleare, Autorità di Controllo, Agenzie Regionali, Capitanerie di Porto e Dogane. I controlli su rifiuti o campioni ambientali contenenti materiale fissile o radioattivo sono fondamentali nei punti di transito (porti, aeroporti o scali ferroviari) in caso di materiale abbandonato, di stoccaggio improprio, perdita di tracciabilità o, ad esempio, nei casi di personale addetto ai controlli non adeguatamente formato.

Il Laboratorio si presta ad un ampio spettro di interventi, tenuto conto delle numerose tipologie di potenziali componenti e materiali radiologici 'a rischio', come i vecchi parafulmini e i rivelatori di fumo contenenti americio, un elemento radioattivo usato come sorgente di radiazioni ionizzanti. Le tecnologie hi-tech installate nel Laboratorio permettono di individuare con rapidità le caratteristiche fisiche e radiologiche del materiale sottoposto ad esame, intervenendo direttamente sul sito. Il rinvenimento di materiale "sospetto" presuppone una gestione complessa che si identifica nelle attività di mitigazione del rischio per la popolazione e l'ambiente, nella identificazione e valutazione della sostanza radioattiva, nella bonifica del sito e messa in sicurezza del materiale da identificare e nell'attività investigativa, ove la sostanza sia stata oggetto di furto.

“Si tratta di una soluzione tecnologica versatile, compatta e innovativa che raccoglie l'eredità di competenze, strumentazioni e professionalità dell'Agenzia – sottolinea Alessandro Dodaro, responsabile della divisione tecnologie, impianti e materiali per la fissione dell'ENEA – il laboratorio è corredato di strumenti di misura, validati sia sperimentalmente che attraverso opportuni modelli di calcolo, basati su spettrometria gamma e alfa e sulla rivelazione di neutroni. Inoltre sono disponibili dosimetri attivi e strumenti per la misura della contaminazione superficiale con l'obiettivo di garantire il rispetto della normativa vigente relativa ai lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti.”

Chernobyl, 30 anni fa il disastro nucleare



[L'incidente](#) si verificò durante un **test** per il quale erano stati staccati i sistemi di sicurezza, una prova per verificare il funzionamento della turbina in caso mancasse improvvisamente la corrente elettrica. In Ucraina, la gente ha ricordato il tragico evento all'1,23, ora locale, l'ora esatta in cui l'**esplosione del reattore numero 4** della stazione ebbe luogo, il **26 aprile 1986**. Fu il **disastro** che cambiò la storia, il primo **incidente nucleare** ad essere stato classificato come livello 7, il massimo livello della scala INES degli incidenti **nucleari**. A distanza di esattamente **trent'anni** dall'evento -era il **25 aprile 1986**-, continuano ad essere ancora forti le immagini nelle menti di tutti, anche di chi in quegli **anni** ancora non era nato. Lucca e il gruppo di fotografi che hanno partecipato a questo viaggio con lui hanno pernottato nell'unico albergo rimasto aperto a [Chernobyl](#). "E a me piace appunto questa **Italia** che non si occupa soltanto di se stessa ma si occupa del futuro pensando agli altri". Poi ci furono altre iniziative, Legambiente indisse ancora, unico **paese** occidentale, il blocco pacifico di tutti gli impianti **nucleari** per il 10 maggio di quell'anno. Anche lo spazio dedicate alle giostre, che nel tempo, sono diventate il **simbolo** della [città](#), è rimasto immutato a parte che si è riempito di erbaccia. **L'area contaminata oggi è grande 150mila km quadrati**, "circa metà del territorio **italiano** - precisa Onufrio - in pratica è come se fossero scoppiate contemporaneamente duecento bombe atomiche della portata di quelle di **Hiroshima e Nagasaki**". "Ma **Chernobyl** è stata dieci volte peggio di Fukushima- precisa il direttore esecutivo di [Greenpeace](#) - questo fa capire che si è andati anche oltre la possibile immaginazione".

Uno dei fattori di maggiore preoccupazione per la **salute** della **popolazione** è venuto dal rilascio, dalla diffusione e dal successivo depositarsi sul terreno del **Cesio-137**, un radionuclide (isotopo **radioattivo**) che dimezza la sua **radioattività** in circa **30 anni** e che può penetrare nella catena alimentare, contaminando **latte**, pesci e vari prodotti agricoli.

Di quel **reattore nucleare** scoppiato **30 anni** fa resta poco ma i danni causati sono tanti. Il rischio e' continuo ed e' legato in particolar modo agli incendi nelle foreste. 66 sono le **morti** accertate, anche se il bilancio dell'ONU parla di 4.000 vittime, persone che hanno sviluppato il **cancro** o si sono ammalate di leucemia a causa dell'**radiazioni**. Il nostro aiuto passa principalmente dal **Progetto rugiada** (solidarietalegambiente.it) che ogni anno garantisce a 100 **bambini**, provenienti dalle zone maggiormente contaminate, un soggiorno di un mese in un centro specializzato della **Bielorussia** dove ricevono visite sanitarie e **cibo** non contaminato e dove posso giocare e fare attività didattiche. Adesso si e' al lavoro per costruire **un secondo sarcofago** che racchiuda le rovine del vecchio.

SMANTELLAMENTO DEFINITIVO. Tunica e cappuccio bianchi sono l'uniforme obbligatoria per chiunque entri nella **centrale**, impiegati e visitatori, e all'ingresso bisogna firmare una dichiarazione in cui si garantisce che non si toccherà nessun bottone. "Dentro ci sono centinaia di tonnellate di combustibile di **grafite** sotto forma di massa, tipo lava". Ancora oggi gli effetti della contaminazione pesano su chi abita in **Bielorussia** e **Ucraina**.

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Appropriatezza prescrittiva? Pensiero condivisibile, ma ci sono altre strade. A partire dal Veneto

Gentile direttore,

leggo sulla stampa che il ministro Lorenzin afferma che: "I medici, ognuno con il proprio ruolo, devono essere gli attori principali per la realizzazione dell'appropriatezza prescrittiva. Ai professionisti occorrono, però, strumenti per agire secondo scienza e coscienza. In questo contesto bisogna riuscire a sfrondare gli esami non necessari".

Il pensiero del ministro è di sicuro condivisibile. Resta da intendersi su quali siano gli strumenti che i medici devono avere a disposizione per agire secondo scienza e coscienza.

Una laurea in Medicina, una specializzazione e un continuo aggiornamento verificabile se pur con i tanto discussi ECM non sono evidentemente sempre sufficienti a rendere un professionista capace di discernere tra esami necessari e non.

Come però il Ministero abbia pensato di fare questo tramite un decreto legge resta inspiegabile. La materia è assai complessa. La variante umana rende difficile l'applicazione di protocolli standardizzati, anche se è ovviamente necessario fare riferimento alle "evidenze scientifiche", evidenze che si muovono in un terreno fluido di cambiamenti, nuove scoperte, passaggi obsoleti.

Come è pensabile codificare, incasellare nello schema rigido di una legge quando poter dosare o meno una transaminasi (tanto per fare l'esempio più banale)?

Con che rapidità potrà mai evolversi un decreto legge per dirci che quell'esame è divenuto necessario secondo le nuove conoscenze scientifiche o al contrario obsoleto? E nel frattempo?

E perché mai un medico che ha dedicato anni della sua vita allo studio dovrebbe improvvisamente trovare risposte ai suoi dubbi clinici da un "ingessato" documento di legge che indica le condizioni di erogabilità di un esame?

Non sarebbe forse il caso di "lavorare" di più sull'aggiornamento continuo e reale del professionista e su strumenti flessibili in grado di comunicare in tempo reale con il medico, capaci di trasmettere le novità scientifiche e gli aggiornamenti necessari per una professione in continua evoluzione?

In Veneto in alcune aziende sanitarie è in uso il sistema Ermete: un sistema che sostiene i medici nell'atto della prescrizione. La conoscenza di Ermete è trasmessa attraverso gli indirizzi di prescrivibilità prodotti dalla commissione scientifica nazionale e fornita al medico al momento della prescrizione elettronica (il medico mentre digita un esame viene avvertito da un messaggio video del computer che l'esame è obsoleto o inutile). Il sistema funge da campanello di allarme per il medico che viene in ogni caso spinto ad un approfondimento scientifico del problema in esame.

Altri sistemi di questo genere si stanno sperimentando (es. progetto Minerva)

Ecco questi potrebbero essere alcuni di quegli strumenti utili al medico per prescrivere in maniera adeguata, risparmiando risorse, senza applicare pedissequamente protocolli rigidi ma continuando ad adoperare tutte le proprie conoscenze scientifiche e logiche che gli permettano in ultima analisi di scegliere secondo scienza e coscienza. Questa è a mio avviso la sfida della medicina moderna, una medicina che deve essere capace di coniugare competenze scientifiche, abilità tecniche ed “ethos” umanitario .

Dr.ssa Ornella Mancin

Medico di medicina generale

Cavarzere - Venezia

quotidianosanita.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Appropriatezza prescrittiva. Le luci e le ombre del progetto *Ermete* del Veneto

Gentile direttore,

su QS del 4 aprile 2016 [Ivan Cavicchi](#) ha reso merito al “progetto Ermete Regione Veneto” ([Camerotto e Truppo, QS 24 marzo 2016](#)), che “si è sforzato di trovare un equilibrio tra scienza, economia, etica e autonomia professionale, evitando le trappole di una medicina amministrata” che mette sotto tutela l'autonomia clinica.

I postulati di Ermete, fatti propri e rilanciati da Cavicchi, e certamente condivisi da noi (e in verità, con diverse sfumature, anche da molti che si sono espressi sul tema, compresa Slow Medicine), sono: “per decidere è necessario anzitutto conoscere, dunque identificare e valutare le migliori prove disponibili: la conoscenza è alla base dell'appropriatezza”

Il singolo medico non può possedere “sempre” un livello di conoscenza adeguato per un'azione appropriata nell'esatto momento in cui agisce, per i molti motivi di cui Camerotto e Truppo stilano un elenco lungo e comunque incompleto. Come soluzione, Ermete propone un modo molto efficiente e rispettoso di fornire questa conoscenza (cioè “gli standard” cui la nostra Fondazione Allineare Sanità e Salute e tanti altri fanno riferimento in QS 9 marzo 2016)...

... i medici sottoscrittori di un contratto di lavoro con il SSN, quindi sottoposti all'obbligo di render conto delle proprie decisioni, e responsabili per i risultati conseguiti (obbligo non certo esclusivo dei medici, continua Ermete, ma applicabile a soggetti pubblici che hanno responsabilità verso la comunità).

Ermete dunque fornisce al professionista nel momento esatto del bisogno un supporto: “amichevole” per chi lo utilizza, snello ed essenziale, in equilibrio tra autonomia professionale, trasparenza e aggiornamento continuo “qui e ora”. Ed è questo, a nostro avviso, il suo maggior valore aggiunto. Il supporto è già pronto per la medicina di laboratorio, e sarebbe in teoria estensibile ad altri ambiti medici, con l'intelligente uso dell'Information Communication Technology all'interno del fascicolo sanitario elettronico e del flusso prescrittivo della ricetta dematerializzata.

Quando il medico inserisce un esame, la congruità dello stesso è verificata anche segnalandogli un indirizzo di prescrivibilità/IP, che gli fornirà le conoscenze essenziali per una prescrizione appropriata, che il medico valuterà rispetto all'assistito che ha di fronte, con possibilità di eventuale approfondimento nei riferimenti bibliografici.

Il medico/autore potrà liberamente aderire o meno a tale “suggerimento all'orecchio”, con l'unico vincolo, se non aderisce, dell'assunzione di responsabilità. Il sistema esperto, infatti, proporrà e tratterà quattro motivi di non adesione:

1. per situazione clinica non prevista nell'indicazione
2. per prescrizione indotta specialistica
3. per disaccordo sull'indicazione
4. per altra motivazione.

Tale tracciabilità, aggiungono gli autori di Ermete, non è prevista per una medicina amministrata/ispettiva, ma come valore aggiunto che permette al sistema di “aggiustare continuamente

e mantenere la rotta” sulla sua mission: fornire uno strumento per trasmettere la conoscenza che aiuti il medico a fare prescrizioni utili/appropriate.

Tutto bene dunque? MAGARI!

Certo, va benissimo il “suggerimento all’orecchio” del clinico, che non ci sembra così diverso da quanto, in modo meno sistematico, Slow Medicine propone alla riflessione di medici e assistiti. L’autonomia FINALE del clinico/auto-re nei confronti del paziente che ha di fronte e che lo ha scelto non è messa in discussione da nessuna delle organizzazioni che sono intervenute nel dibattito sulle Linee Guida, quasi tutte molto critiche ANCHE per questo nei confronti di quanto configurava una prima stesura del Ddl sulla responsabilità professionale.

Il problema sta invece nel CHI propone quel suggerimento, nel COME LO HA COSTRUITO e soprattutto nel CONTENUTO del suggerimento.

A questo problema Camerotto e Truppo rispondono che lo ha formulato “un board scientifico composto da tutti gli stakeholder: società scientifiche, MMG, ospedalieri, universitari, rappresentanti delle istituzioni e rappresentanti dei cittadini..., con ruoli istituzionali negli Ospedali, nelle Cliniche Universitarie e nel Territorio... E inoltre tutti i colleghi (extra board) possono interagire con il board stesso, diventando autori, attraverso mailing list dove gli IP possono essere valutati, criticati e migliorati in forma, contenuto e concreta applicabilità quotidiana”.

Due considerazioni.

La prima è che questa proposta degli ideatori di Ermete, che prevede un gruppo di lavoro con tutti gli stakeholder, assomiglia all’emendamento che la [Fondazione Alineare Sanità e Salute](#) ha consegnato alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, e si differenzia radicalmente dalla versione del Ddl sulla responsabilità professionale che delega per legge alle sole Società scientifiche (escludendo di fatto tutti gli altri attori!) l’adozione di “buone pratiche e linee guida” cui tutti i sanitari si dovranno attenere per non rischiare!

La seconda considerazione è che gli artefici di Ermete non sembrano consapevoli del fatto che ciò che rende necessario il percorso interattivo e partecipato che hanno descritto per la propria ULSS/Regione non è SOLO la necessità di fondere conoscenze scientifiche ed expertise di diverse provenienze, ma ANCHE la necessità di bilanciare le conseguenze di conflitti di interesse, alcuni oggettivamente legati all’appartenenza a una certa disciplina, per:

- a) punti di vista parziali, non ricomposti in visioni sostenibili
- b) umane logiche autoreferenziali
- c) relazioni finanziarie con produttori di tecnologie sanitarie, che aumenterebbero per Società scientifiche titolari del nuovo potere, di fatto vincolante per tutti i clinici, che il Ddl sulla responsabilità professionale sta(stava?) per delegare loro.

Inoltre gli interessi degli specialisti di una disciplina portano oggettivamente a forte enfasi sulle proprie prestazioni, per come essi sono oggi pagati e incentivati sul lavoro e in libera professione, per carriera, potere, prestigio... Questi elementi strutturali possono operare anche dove appaiano formalmente rispettati (gran parte de)i criteri della Checklist AGREE II, o degli standard G-I-N, ad es. quando le risorse degli sponsor consentano di acquisire sarti di grande abilità ...” (citazione tratta dall’audizione in Senato della Fondazione Alineare Sanità e Salute).

Pensiamo che gli autori di Ermete, in buona fede e numerosa compagnia, dando per scontata la coscienza (etica), pensino in modo illuministico che i problemi si riducano a un fatto di scienza/conoscenze, che han da essere complete, aggiornate, e rese disponibili “hic et nunc” a chi le deve utilizzare. È verissimo, ma chi si ferma qui scotomizza il problema degli interessi che pervadono la Sanità e infiltrano gran parte della stessa produzione delle conoscenze (distorsione di priorità, conduzione e pubblicazione della ricerca biomedica) e della loro disseminazione agli utilizzatori, compresa la formulazione di buona parte delle linee guida.

Il pensiero degli autori di Ermete è espresso con il candore degli integri: “cosa fare lo sappiamo (EBM, linee guida ed esperienza) e chi lo deve fare anche (il medico autore nella sua autonomia

professionale). Occorre “linkare” questi due aspetti...”. Questo “link” è il prezioso valore aggiunto di Ermete, ma è sul “cosa fare” che lo strumento non è risolutivo.

Pensiamo che:

i rischi di infiltrazione di Ermete da parte di interessi diversi da scienza, salute & appropriatezza siano ancora poco visibili, trattandosi di strumento giovane, concepito e (finora) governato da medici dirigenti competenti nel loro ambito e con chiaro “senso della sanità pubblica”; e relativo a una branca alquanto tecnica e interessata da flussi finanziari meno cospicui rispetto ad altre branche biomediche. Riuscirà a mantenersi tale, senza dotarsi di più validi antidoti, anche passando dalla scala provinciale a quella regionale, e se dovesse estendersi a livello nazionale? O rischierà di favorire elementi di sovradiagnosi/sovratrattamento, come è accaduto con molte “linee guida”?

[chi avesse dubbi può dare un’occhiata ai venti esempi riportati nella [Lettera](#) aperta alla Ministra Lorenzin e nella [presentazione integrale](#) che abbiamo proposto all’11a Conferenza Nazionale GIMBE.

Ma anche ora non è difficile svelare effetti distorsivi già operanti nella nuova creatura, che la buona fede dei creatori non è bastata a individuare o ad arginare. Ecco un esempio, per intenderci.

Nell’interessante incontro di due ore che ha illustrato Ermete a due Consiglieri della Fondazione Allineare Sanità e Salute, appreso che la determinazione dei valori di vit. D (25 OH D) è sovrapprescritta è costituisce il più importante capitolo di spesa nella medicina di laboratorio, abbiamo chiesto quali fossero i valori suggeriti da Ermete come riferimento. Risposta: “<30 ng/ml insufficienza, <20 ng/ml deficienza”.

Ma in merito c’è una diatriba mondiale tra chi, come l’Institute of Medicine (IOM) USA, considera adeguati livelli ≥ 20 ng/ml di 25(OH)D, e molte società scientifiche aderenti alla National Osteoporosis Foundation (NOF) USA e all’International Osteoporosis Foundation (IOF), che insieme all’industria raccomandano ≥ 30 ng/ml, e propongono supplementi per livelli inferiori, definiti insufficienza.

In realtà 3 donne USA su 4 in postmenopausa e la maggior parte della popolazione mondiale hanno livelli <30 ng/ml, e le indicazioni di NOF, IOF, ecc. favoriscono un gigantesco mercato mondiale dei supplementi (€ 5 bilioni nel 2013), abbinato a quello delle misurazioni (laboratori, produttori di kit d’analisi), e dei latticini/cibi fortificati.

Lo [studio](#) randomizzato controllato in doppio cieco ha aiutato a chiarire la controversia, assegnando per un anno 230 donne sessantenni, con livelli basali di 14-27 ng/dl di vit. D, a supplementazioni di vit. D3 di 800 UI di al giorno, o di 50.000 UI 2 volte al mese, o a placebo. Obiettivo: misurare le differenze in assorbimento di calcio (esito primario), BMD, funzione e massa muscolare, punteggio trabecolare e turnover osseo.

Risultati. Con 100% di aderenza e abitudini dietetiche costanti, i livelli medi di vit. D sono stati 19 ng/ml con placebo, 28 con la bassa e 56 ng/ml con l’alta supplementazione. Il calcio assorbito è stato +1% con alta, -2% con bassa supplementazione, e -1,3% con placebo. Non c’è stata alcuna differenza in BMD alla colonna lombare, all’anca o total-body, o nel punteggio dell’osso trabecolare, o nei test TUG (tempo per alzarsi da una sedia, camminare 3 m, girarsi e risedersi) e STS (tempo per alzarsi e risedersi 5 volte da una sedia con braccioli), né nella massa muscolare, nel n. di cadute o di donne cadute, né in questionari di valutazione dello stato di salute, né in ricoveri o fratture. L’ipercalcemia si è verificata 9 volte, di cui 7 con l’alta dose di vit. D.

Questo studio di alta validità supporta dunque la posizione IOM, di considerare adeguati livelli di ~20 ng/ml.

Un altro [studio](#) randomizzato controllato su soggetti considerati deficienti di vit. D dalle Società scientifiche (<20 ng/ml) ha dimostrato che supplementi con megadosi mensili di vit. D anziché con dosi equivalenti a 800 UI al dì, pur riuscendo in più partecipanti a raggiungere i livelli >30 ng/ml considerati ottimali, non solo non hanno dato alcun miglioramento funzionale degli arti inferiori, ma hanno comportato significativi aumenti di cadute.

Dunque l'EBM ha dato una risposta, ma neppure nella situazione della Regione Veneto, presidiata da due responsabili scientifici privi di conflitti di interesse, su una partita "pesante" come quella del mercato della vit. D Ermete è riuscito finora a sottrarsi all'influenza dei conflitti di interesse di cui sono portatrici famose Società scientifiche. In questo caso i "suggerimenti all'orecchio del prescrittore" non sembrano informati all'EBM, ma a un "On Other" Based Medicine (anche se i franchi e diretti rapporti con i responsabili potrebbero ora consentire di modificare il suggerimento).

Eccoci dunque ritornati al vero nodo strutturale, illustrato negli "[Otto assist di Allineare Sanità e Salute](#)".

I comportamenti degli operatori sanitari non sono determinati solo da conoscenze scientifiche (scienza) ed etica (coscienza), ma sono influenzati anche da un terzo grande determinante: le convenienze o interessi.

Non è facile far lavorare per la salute e l'appropriatezza solo grazie alla forza dell'etica chi è pagato per (ha interessi allineati al)la malattia e a prescrivere/erogare prestazioni più numerose e più costose.

L'etica/coscienza da sola, anche con il supporto di sistemi esperti e intelligenti come Ermete, che offrono nei "punti di decisione" le conoscenze (ma strutturate da chi e funzionali a cosa?) può assicurare l'appropriatezza, senza una riforma strutturale dei sistemi di remunerazione dei professionisti e di finanziamento delle Organizzazioni in cui lavorano, che renda conveniente la Salute per la maggior parte degli attori in Sanità.

Chi vorrà approfondire la nostra proposta riformatrice non perda la Giornata di studio di sabato 18 giugno, presso l'Università Statale di Milano, via Conservatorio 7.

Per la Fondazione Allineare Sanità e Salute

il Consiglio direttivo: Alberto Donzelli, Alberto Nova, Luisa Ronchi

per il Comitato Scientifico: Alberto Aronica, Gianfranco Domenighetti, Giuseppe Fattori, Paolo Longoni, Giulio Mariani, Luca Mascitelli, Alessandro Nobili, ed Enzo Scafuro (anche in qualità di Responsabile Nazionale Area Medicina Generale-SMI, Sindacato Medici Italiani, co-promotore della Giornata di studio su un Modello di remunerazione per Pagare la Salute, non la Malattia).

Mercoledì 27 APRILE 2016

Appropriatezza. Se il nomenclatore tariffario è il tallone d'Achille

Gentile direttore,

il 19 aprile, QS riportava il pronunciamento della Corte dei Conti sul Def 2016 con il titolo "[Sanità: senza riforme nuovi squilibri. Accesso alle prestazioni più appropriato e mirato](#)". Condividiamo la sintesi e aggiungiamo che, a nostro avviso, non possono sussistere accessi appropriati se le prestazioni LEA del Nomenclatore non sono appropriate.

E' noto come in Medicina siano necessari molti anni affinché le nuove evidenze scientifiche, spesso formalizzate nelle Linee Guida, siano applicate nella pratica clinica e/o siano abbandonate le procedure non più supportate dall'EBM.

Vogliamo introdurre un nostro personale indicatore per valutare la capacità del SSN di mantenere un aggiornato e adeguato livello di informazione e di fornire, di conseguenza, prestazioni appropriate ai bisogni sanitari dei cittadini: **Il TRI, il tempo di risposta all'innovazione**, cioè l'arco temporale utile affinché le nuove evidenze scientifiche siano inserite nei LEA e abbandonate le prestazioni obsolete. Paragonabile al più prosaico time to market della lingua anglosassone.

Il SSN, come ogni organizzazione/sistema che ha tra i suoi obiettivi l'efficacia e l'efficienza, ha necessariamente definito almeno tre pilastri:

Primo pilastro: la mission statement (chi siamo, dove operiamo, cosa vogliamo garantire ai nostri clienti/pazienti/cittadini);

Secondo pilastro: la vision (dove vogliamo andare, la progettualità nel medio e lungo periodo);

Terzo pilastro: il catalogo delle prestazioni in cui il SSN esplicita ai propri clienti/pazienti/cittadini cosa è in grado di offrire.

Nel rispetto della gerarchia delle fonti partiamo allora dall'alto: la Costituzione italiana.

Il SSN ha la mission statement e la vision ben definite nell'art.32 della Costituzione declinata nella sua realizzazione dalla legge 502/92. "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti" Il catalogo delle prestazioni è rappresentato dal Nomenclatore dove sono esplicitate le prestazioni LEA che il SSN è in grado di erogare con i circa 110 miliardi/annui del Fondo Sanitario Nazionale. Sono le prestazioni del Nomenclatore che concretizzano gli interventi per la tutela della salute e per le cure gratuite agli indigenti. Con la fruizione delle prestazioni del Nomenclatore l'individuo e la collettività hanno l'evidenza, "toccano con mano" come la Repubblica tutela e realizza il loro diritto alla salute. Su questa base è evidente la necessità di un Nomenclatore adeguato a un così importante e al tempo stesso delicato compito etico-sociale. E' invece acclarato, come ogni medico verifica ogni giorno nell'atto prescrittivo, che il TRI del Nomenclatore non è aggiornato in tempi utili ai progressi scientifici, così da rendere il terzo pilastro un elemento critico del sistema.

E' una vecchia storia.... Nei primi anni '90, con gli screening su ampie popolazioni, fu raggiunta la consapevolezza nella Comunità Scientifica della necessità di considerare obsoleto il dosaggio della Fosfatasi Acida Prostatica sostituendolo con il PSA, ma per tutto il primo decennio di questo secolo la Fosfatasi Acida Prostatica è rimasta prescrivibile e rimborsabile nel Nomenclatore.

TRI=20 anni.

Altri studi negli anni '90, permisero di considerare obsoleti, e quindi da abbandonare, i metodi basati sulla misura dell'attività catalitica del CK-MB per la diagnosi dell'infarto del miocardio a favore dei dosaggi come massa. Nel 2005, da un'indagine della Società Italiana di Medicina di Laboratorio risultava che il dosaggio catalitico era effettuato ancora nel 23% delle strutture.

TRI=15 anni.

Oggi, 2016, anche il dosaggio del CK-MB massa è diventato obsoleto, sostituito dalla troponina ultrasensibile ma il test è ancora contemplato nel Nomenclatore. **TRI: 5 anni.**

Rimanendo all'oggi, se scorriamo l'elenco dei LEA della branca Medicina di Laboratorio, troviamo che lo Stato ritiene ancora essenziale erogare il CA 72-4 e il TPA, markers tumorali non citati in nessuna linea guida validata. Questo vale anche per la Fruttosamina e per alcuni esami del metabolismo osseo, soppiantati dal più attendibile CTx e via discorrendo.

Naturalmente ci dovremmo aspettare che il CA 72-4, non essendo citato nelle linee guida, non venisse richiesto, ma non è così. E, una volta prescritto, ope legis deve essere eseguito, per non incorrere in una mancata erogazione di un LEA.

D'altro canto è evidente che per prestazioni il cui razionale è legato a uno specifico quesito clinico (come alcuni marcatori di neoplasia) il requisito indispensabile per l'inserimento nei LEA è la loro necessità clinica al di là di ogni ragionevole dubbio.

Con l'uscita dal nomenclatore dei tests che l'innovazione scientifica ha reso inappropriati i cittadini non perderebbero nessuna prestazione necessaria e sarebbero protetti dalle conseguenze dei risultati falsi positivi ottenuti con questi test (QS 8 aprile 2016); i medici non perderebbero nessuna arma diagnostica o terapeutica e saremmo quindi tutti all'interno di un sistema in equilibrio socio-sanitario.

Si può risolvere questo elemento d'inappropriatezza? Sì, pensando e costruendo, come sarà proposto in quest'articolo, un metodo efficiente, atto, in tempi efficaci, a eliminare dall'elenco LEA i test inappropriati al di là di ogni ragionevole dubbio.

Continuiamo nell'analisi.

Ogni prestazione ambulatoriale LEA del nomenclatore può essere erogata solo a fronte di una richiesta su ricettario SSN. Senza non si eroga. Questo rapporto uno a uno (prestazione - ricetta) in alcuni casi si rivela non flessibile e non adeguato alla complessità in gioco.

Esempio pratico: Il TSH.

Per valutare il funzionamento della tiroide, le linee guida propongono di iniziare dal TSH. Nella grande maggioranza dei casi, se il TSH è nell'intervallo di riferimento, non c'è bisogno di conoscere i livelli degli ormoni tiroidei (FT3 e FT4) perché certamente nell'intervallo di riferimento.

Quindi un MMG che vuol fare buona medicina, per essere appropriato scientificamente e burocraticamente, prescrive al paziente il dosaggio del solo TSH. Quest'ultimo si reca al laboratorio per fare il test. Porta i risultati al suo MMG. Se tutto è nei limiti, l'iter finisce qui, ma se il TSH risulta alterato, il MMG emette un'altra ricetta con FT4. Il cittadino si reca di nuovo al laboratorio, fa un altro prelievo. Torna dal medico con il risultato dell'FT4 che, se non spiega l'alterazione del TSH, rende necessaria un'ulteriore richiesta e di nuovo il cittadino passerà dal laboratorio, dove subirà il terzo prelievo per FT3 e, finalmente, avrà la valutazione definitiva sul funzionamento della sua tiroide (per non essere prolissi e annoiare il lettore abbiamo tralasciato le ricerche anticorpali).

L'iter prevede quindi tre visite dal MMG, tre prelievi per il cittadino, tre ticket e, per chi lavora, tre giorni di permesso.

Per evitare tutto questo andirivieni ed agevolare la velocità della diagnosi e diminuire il disagio al cittadino, è prassi prescrivere tutti e tre gli esami su una sola richiesta.

Tutti i giorni questo comporta che tutti i laboratori SSN e privati accreditati eseguano automaticamente la tripletta anche quando non necessario. La pratica consolidata però aggrava la spesa sia dello Stato per eseguire esami non necessari (in una nostra proiezione nazionale sono intorno agli 8 milioni/anno), sia del cittadino che paga ticket evitabili.

Una soluzione semplice a questo problema è la creazione dell'esame reflex: Il medico prescrive TSH reflex. Il cittadino si reca al laboratorio ed esegue il prelievo. Il medico di laboratorio valuta il risultato e decide se è necessario eseguire l'FT4 e poi, in coda, eventualmente l'FT3. Il ticket al paziente è calcolato a fine corsa. L'iter quindi diventerebbe lean: una ricetta, un prelievo, un ticket, una diagnosi.

Questa soluzione è già attiva, per quel che sappiamo, in Emilia-Romagna.

I test su cui applicare questa metodologia a cascata sono diversi, ad esempio PSA/PSA libero, Bilirubina totale/frazionata, Elettroforesi/Immunofissazione, diversi esami microbiologici.

Si può risolvere questa specifica inappropriata? Sì, inserendo nel nomenclatore LEA i test reflex.

Andiamo avanti nell'analisi.

Ci sono esami che servono a cercare l'eziologia di alcune malattie e che, se non eseguiti tutti nella loro completezza, non permettono risposte esaustive sulla causa della patologia e quelli eseguiti non sono sufficienti a mettere in sicurezza il paziente con una diagnosi e una giusta terapia. Quindi lo Stato paga esami che, essendo incompleti, non permettono la diagnosi e il cittadino paga ticket senza ottenere una risposta corretta al suo problema. Per questo tipo di prescrizioni la soluzione, a nostro avviso, è di creare "accorpamenti" di questi esami mettendoli sotto un unico codice Nomenclatore. Un esempio tra i tanti è la ricerca eziologica per trombofilia già riportato in un altro nostro intervento (QS 8 aprile).

Questa soluzione è stata adottata nel Veneto.

Si può risolvere questa specifica sotto-prescrizione inappropriata? Sì, prevedendo nel Nomenclatore il test accorpamento che conterrà tutti gli esami necessari.

Proseguendo nella nostra disamina, affrontiamo il capitolo LEA collegato alle esenzioni per patologia.

Un esempio è l'esenzione 013 per diabete, riguardante in Italia 5 milioni di persone.

Tra gli esami offerti per questa patologia manca la creatininemia. E' invece garantita la clearance della creatinina, rapporto tra creatininemia su siero/plasma e creatinuria su urine delle 24 h, che rivela la gravità dell'insufficienza. Nel 2016 e da circa un lustro, esiste un nuovo indice di rilevazione precoce dell'insufficienza renale, l'eGFR, calcolo che si basa sulla creatininemia.

Purtroppo il nomenclatore ha equiparato questo calcolo eGFR alla clearance della creatinina e non alla creatininemia. Pertanto se i diabetologi vogliono avere il dosaggio della creatininemia per i loro pazienti (per ottenere anche l'eGFR) devono richiedere la clearance della creatinina – altrimenti il paziente, esente, pagherebbe il ticket- con tutta l'inaccuratezza e il disagio che comporta la raccolta urine 24 ore. Il SSN per fornire il calcolo eGFR al diabetologo, lo costringe a prescrivere una clearance della creatinina e il laboratorio deve eseguire una creatininemia e una creatinuria (2 esami). Più spesa per lo stato, più disagio per i pazienti.

Si può risolvere la cosa? Sì, inserendo nell'esenzione 013 la determinazione della creatininemia.

Con questi piccoli interventi, immediatamente si otterrebbero risparmi e appropriatezza senza intaccare l'interesse di salute dei cittadini e l'autonomia prescrittiva dei medici.

Lo Stato dovrebbe riconoscere, anche solo per suo mero interesse economico/gestionale, che il sistema di individuazione dei LEA e di revisione del Nomenclatore è obsoleto e lentissimo, nei confronti di una innovazione in Medicina che ogni giorno produce record mondiali sui cento metri della ricerca. Ci sono prestazioni ancora considerate LEA, cioè "essenziali", che non hanno più alcun significato in medicina, altre, non LEA, che possono fornire risposte ai bisogni di salute.

Esempio: Non è razionale che il SSN impegni risorse economiche per eseguire un CA50, non indicato in nessuna linea guida e lasci fuori esami utili come l'ormone antimulleriano AMH, indicato per valutare la riserva ovarica nelle donne che intendono avere un figlio, non inserito nei LEA, a totale carico

dell'utente con un prezzo mediamente di € 50. Togliere il CA50 degli elenchi e inserire l'AMH ci sembra un'operazione di buon senso, appropriata e vicina agli interessi dello Stato, dei cittadini e della sanità tutta.

In concreto, come si potrebbe intervenire sul Nomenclatore per avere un adeguato TRI nei LEA?

Proponiamo la metodologia Ermete (QS 24 marzo 2016) basata su 3 steps.

1° step. Gestire separatamente le varie branche della Medicina.

Poiché è impossibile governare "contemporaneamente" le migliaia di prestazioni LEA del nomenclatore, lo stesso dovrebbe essere suddiviso in branche con tempi di revisione sistematica di massimo un anno. In pratica basterebbe creare una cartella informatica (esattamente come quelle che tutti abbiamo nel desktop del personal computer) che potremmo chiamare Catalogo delle prestazioni LEA del SSN. Dentro questa cartella dovrebbero essere inseriti i file delle varie branche (Medicina di laboratorio, Microbiologia, Ginecologia e Ostetricia, Nefrologia, etc.). Ogni file (branca) avrebbe così fasi d'inserimento/revisione/approvazione scientifica e formale governativa indipendenti.

2° step. Per ogni branca prevedere un Board con un Administrator.

Il Board è costituito da tutti gli stakeholders (società scientifiche, medici di medicina generale, ospedalieri, universitari, rappresentanti delle istituzioni, rappresentanti dei cittadini). I componenti del Board sono figure universalmente riconosciute come autorevoli/rappresentativi nei singoli campi, di provata esperienza e competenza, con ruoli istituzionali negli Ospedali, nelle Cliniche Universitarie e nel Territorio. Essi individuano i LEA secondo principi di scienza, coscienza e sostenibilità economica. La scienza/conoscenza sono frutto dell'esperienza professionale individuale, nonché della pratica clinica sul campo, del bagaglio di studi accademici ed extra accademici, delle relazioni scientifiche interpersonali nei vari ambiti specialistici, dell'insegnamento e della formazione continua, EBM e linee guida. La composizione del Board deve essere nota a tutti e ogni professionista partecipante "ci deve mettere la faccia". Per di più, tutti i professionisti extra Board del SSN possono interagire con il board attraverso mailing list dove i LEA possono essere valutati, criticati e migliorati nella concreta applicabilità quotidiana. Si passa quindi da un sistema top down burocratico con un medico mero esecutore trivial machine (QS 26 Aprile 2016) a una medicina della scelta basata sulla fiducia professionale e la condivisione tra pari.

3° step. Tempi certi (e brevi) di redazione, approvazione e revisione dei LEA

Ogni branca/file del nomenclatore con il relativo Board è gestita da un administrator, che conosce e condivide il metodo, si occupa del rispetto dei tempi di discussione e sottopone ai partecipanti i temi da trattare. Per ottemperare a queste necessità si potrebbe prevedere una prima revisione (rev. 0) dei LEA già esistenti da parte dei board in un mese con selezione di test in uscita o in entrata. Questa rev.0 è inviata e rimane in rete in public comment per i componenti dei board per un altro mese per correzioni, critiche o contributi e si arriva alla rev.1. Alla fine di questo periodo il Board si riunisce con un incontro de visu per l'approvazione finale (rev. 2). Tale decisione passa all'approvazione definitiva del Ministro e sua tramutazione in legge. Le successive revisioni (2.1 etc.) saranno prodotte al bisogno, a seguito di novità scientifiche o con il contributo dei medici extra Board come sopra descritto ma, in ogni caso, con l'impegno di revisione almeno annuale.

TRI=3 mesi.

La possibilità d'interazione dei medici SSN con i Board è parte metodologica proposta e va pensata non in una logica Wikipedia anonima, ma in una logica SEP (Stanford Encyclopedia of Philosophy) con una informazione di qualità dove coloro che interagiscono con il board sono solo professionisti, rigorosamente identificati e che, per competenza, possono fornire un contributo.

In questa logica tutti sono parte, tutti autori, nessuno può chiamarsi fuori nella costruzione di uno dei migliori SSN del mondo.

Qualcuno dirà adesso: una soluzione troppo semplice per una questione tanto complicata?

La nostra risposta è: sì, la soluzione è semplice.

Se è vero che nei sistemi complessi, come il SSN, esiste una complessità irriducibile (che dobbiamo riconoscere e governare), è un errore rendere la semplicità complicata.

Come per il sistema Ermete, con questa proposta abbiamo cercato di essere più lean, pragmatici e realisti possibile: ci auguriamo di non chiedere l'impossibile.

Dott. Alessandro Camerotto

Responsabile Scientifico Progetto Ermete, Regione Veneto

Dott.ssa Vincenza Truppo

Ricercatrice Progetto Ermete, Regione Veneto

Dott. Roberto Mencarelli

Ricercatore Progetto Ermete, Regione Veneto

Mercoledì 27 APRILE 2016

Aspettativa di vita in calo. HappyAgeing: "Prioritaria approvazione Piano nazionale prevenzione vaccinale"

Michele Conversano, presidente dell'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo chiede "un intervento strutturale urgente sulla salute per tutta la durata della vita affinché non si favorisca la sola terapia, più onerosa per la collettività, a dispetto delle attività di prevenzione che rappresentano un vero e proprio investimento sul futuro".

L'inversione del trend dell'aspettativa di vita in Italia è "il segnale inequivocabile di quanto poco si sia fatto a livello istituzionale sul fronte della prevenzione. Il 4,1% del Fondo Sanitario Nazionale dedicato alla prevenzione ci pone in coda come investimenti in salute in ambito internazionale e gli effetti sono sotto gli occhi di tutti. Quanto evidenziato dal [Rapporto Osservasalute 2015](#) presentato ieri pone anche un preoccupante disallineamento rispetto ai trend con gli altri Paesi europei e che finora hanno riconosciuto nell'Italia un modello al quale ispirarsi". Lo evidenzia, in una nota, **HappyAgeing, l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo.**

"L'evidenza drammatica dell'arretramento dell'aspettativa di vita impone in Italia un intervento strutturale urgente sulla salute per tutta la durata della vita affinché non si favorisca la sola terapia, più onerosa per la collettività, a dispetto delle attività di prevenzione che rappresentano un vero e proprio investimento sul futuro - sottolinea il presidente **Michele Conversano** - Il primo atto da compiere per il Governo è l'immediata approvazione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, impantanato da anni, con un conto inaccettabile in termini di vite umane".

Altra osservazione, fa notare Conversano, è legata al fatto che "le opportunità più significative sul fronte della prevenzione e che in concreto sono oggi gli elementi di maggior criticità rilevate dal Rapporto Osservasalute, sono quelli che il mondo scientifico e l'Unione Europea hanno individuato come i pilastri per un invecchiamento attivo e in salute: alimentazione, movimento, consumo corretto dei farmaci, campagne di screening e vaccinazioni e che - conclude - rappresentano il perimetro di intervento principale di HappyAgeing".

quotidianosanita.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Farmaceutica. Futuro nero per i fatturati in Italia. Secondo analisti britannici -12,6% da qui al 2020

I motivi starebbero nel sistema di negoziazione dei prezzi che frenerebbe l'ingresso di nuove molecole e nella contemporanea crescita del mercato degli equivalenti e degli Otc. Ma inciderà anche la stagnazione economica e la ripresa zoppicante. Una via d'uscita suggerita è quella di potenziare le coperture brevettuali e i programmi di e-health

Previsioni fosche per l'industria farmaceutica italiana. Secondo gli analisti della società di analisi di mercato con sede a Londra GlobalData il fatturato farmaceutico delle compagnie operanti in Italia passerà dal valore attuale di 21,3 miliardi di dollari ai 18,6 miliardi del 2020, con un tasso annuo negativo del 3,3%, dovuto soprattutto ai perduranti effetti della crisi economica.

I motivi della crisi

Nel report stilato da GlobalData emerge come la stretta sui prezzi dei farmaci dovuta a negoziazioni interne ed esterne costituisce una barriera per il lancio di molecole innovative, a fronte di un mercato dei generici e degli OTC destinato ad aumentare anche oltre il periodo previsto.

“L'industria farmaceutica italiana – dice **Adam Dion**, Industry Senior Analyst di GlobalData – nei prossimi anni dovrà far fronte a molte sfide. L' aumento del debito relativo al Prodotto Interno Lordo e la crescita record della povertà nel Paese determineranno una flessione del flusso di cassa, con relativa stagnazione della produzione industriale”.

Inoltre, l'economia italiana è esposta alle fluttuazioni della domanda e della fornitura di beni e servizi negli altri Paesi.

La crisi dell'Eurozona, inoltre, abbassa la domanda di prodotti italiani da parte di altri Paesi europei, riduce l'export e non crea condizioni favorevoli per l'innovazione e gli investimenti.

India e Cina rappresentano una minaccia nel campo del mercato dei generici e possono erodere quote del mercato farmaceutico italiano.

Le vie di uscita

“Nonostante il difficile contesto economico - conclude Dion – GlobalData è convinta che il mercato italiano potrà offrire numerose opportunità, se verranno implementate politiche di contrasto alla flessione delle vendite, misure che rendano efficace la politica dei brevetti, programmi di E-health, riforme istituzionali e di riduzione del debito pubblico. Se si verificheranno queste condizioni, potranno essere molte le aziende interessate a fare ricerca e sviluppo in Italia”

Marco Landucci

quotidianosanita.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Prezzo farmaci. Dal Parlamento "stop" a negoziati segreti, salvo casi eccezionali. Approvata risoluzione su trasparenza accordi tra Aifa e aziende farmaceutiche. Miotto (Pd): "Grande passo avanti"

"Grazie a questa risoluzione gli accordi con clausole di riservatezza verranno non solo circoscritte a casi straordinari, ma anche sottoposti alla vigilanza di Anac e Corte dei Conti". Così la prima firmataria della risoluzione approvata dalla Commissione Affari Sociali. Un risultato, spiega Miotto, ottenuto anche grazie "alla tenacia del M5s" [che però si smarca. LA RISOLUZIONE](#)

Via libera dalla commissione Affari Sociali della Camera alla risoluzione, presentata da **Anna Miotto (Pd)**, con la quale si richiede la trasparenza degli accordi stipulati dall'Aifa con le case farmaceutiche. Il tema da cui prende spunto la risoluzione, che si è affiancata a quella presentata precedentemente dal M5s con **Silvia Giordano**, è quello legato ai costosi farmaci innovativi per la cura dell'epatite C.

Onorevole Miotto come nasce questa risoluzione?

Il tema è stato sollevato nei mesi scorsi da una precedente risoluzione del M5s nella quale si chiedeva la ragione degli accordi con clausole di riservatezza stipulati tra Aifa e aziende farmaceutiche per l'acquisto dei costosissimi farmaci innovativi per la cura dell'epatite C. In base a questi accordi, veniva pubblicato in Gazzetta Ufficiale il prezzo di questi farmaci ma rimaneva secretata la scontistica collegata ad alcuni scaglioni di acquisto. Da voci trapelate sappiamo che il prezzo di questi medicinali era di circa 37mila euro per la prima dose, fino a poco meno di 4mila euro per la 50millesima dose. Su questo punto si sono fondamentalmente scontrate due tesi contrapposte: quella che, come sostenuto da Aifa, rivendicava l'utilità di questa secretazione ai fini dell'ottenimento di una maggiore scontistica e quindi di prezzi più vantaggiosi, e quella di chi, invece, non vedeva per il Ssn nessuna utilità dalla totale mancanza di trasparenza. C'è da dire che, se questa mancanza di trasparenza era valida in tutti i Paesi, avremmo potuto sapere solo a posteriori, e di certo non in maniera così immediata, gli eventuali vantaggi sui prezzi ottenuti.

E quindi?

Ma non finisce qui. Da questa segretezza derivavano anche alcuni problemi concreti. Non si può infatti pensare di scaricare sui bilanci delle Regioni questa incertezza di spesa. Il rischio concreto è quello di uno sfioramento dei tetti di spesa. Si è quindi cercato di trovare una mediazione che permettesse di non compromettere le trattative sull'ottenimento di prezzi più bassi dando però alle Regioni certezze sulle spese da sostenere.

E quale compromesso si è raggiunto con la risoluzione?

Inizialmente avevo proposto il mantenimento della segretezza per un periodo non superiore ai 30 giorni. Su questo punto si era registrata anche una convergenza con il M5s. Il Governo, però ha preferito proporre una riformulazione. È stata quindi richiamata la direttiva 89/105/CEE riguardante la trasparenza delle misure che regolano la fissazione dei prezzi delle specialità medicinali. Tali misure includono, tra l'altro, controlli diretti e indiretti dei prezzi. In linea di principio sparisce poi la secretazione,

e viene prevista solo in casi straordinari, sia per la rilevanza terapeutica innovativa che per le dimensioni dell'impatto finanziario. Anche in tali circostanze ci si dovrà però conformare ai consolidati orientamenti comunitari e, ove esistenti, alle indicazioni fornite dall'Ema. Inoltre, tali accordi con clausole di riservatezza saranno sottoposti alla vigilanza dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac), per quanto di competenza, e, anche del Codice degli appalti, al controllo della Corte dei conti.

Si ritiene quindi soddisfatta da questo testo?

Sì. Per onestà devo dire che per i cittadini non sarà garantita al 100% la trasparenza. Ciononostante la segretezza viene circoscritta a pochi casi straordinari, e sottoposto al controllo di Anac e Corte dei Conti. Il fatto che la risoluzione sia stata approvata senza voti contrari è ad ogni modo un segno della sua validità. Grazie anche all'aiuto del M5s, ed alla loro tenacia, siamo riusciti oggi a fare un grande passo avanti.

Giovanni Rodriguez

quotidianosanità.it

Mercoledì 27 APRILE 2016

Riforma Ordini e sperimentazioni cliniche. Dopo tre anni il primo ok dal Parlamento al ddl Lorenzin. Tutte le novità e il testo approvato

Il provvedimento presentato dal ministro Lorenzin era in commissione da più di due anni ed è stato finalmente licenziato ieri con molti emendamenti e lo stralcio di diversi articoli. Tra le norme rimaste quelle sul parto indolore e l'inasprimento delle pene contro chi commette violenze in ambito sanitario. Rivista la disciplina ordinistica complessiva delle professioni sanitarie. E tra queste entrano a pieno titolo Osteopati e chiropratici. Ecco la sintesi di tutte le norme approvate. [LA BOZZA DEL TESTO APPROVATO IN COMMISSIONE.](#)

"E' terminato, con il voto unanime, l'esame in Commissione Sanità del Senato del Ddl Lorenzin che contiene elementi di riforma della sperimentazione clinica, misure sul parto e, in particolare, sul parto indolore, l'inasprimento delle sanzioni contro le violenze in istituti di cura, la riforma degli ordini professionali e il riconoscimento di nuove professioni. Nel manifestare la mia piena soddisfazione, ringrazio tutti coloro che hanno lavorato per il buon esito dei lavori e in particolare il sottosegretario **Vito De Filippo** per il suo contributo in alcuni momenti decisivo". Ad annunciarlo è **Emilia Grazia De Biasi (Pd)**, Presidente della Commissione sanità del Senato e relatrice del testo.

"Ora ci auguriamo che il ddl approdi in aula in tempi rapidi e spero che con questo provvedimento si ponga fine a polemiche fuori dal tempo e si proceda al riconoscimento di tutte le professioni sanitarie nel rispetto delle regole europee che devono valere per tutti - conclude De Biasi -. L'obiettivo che deve accumularci è la sempre maggiore qualità del Servizio sanitario nazionale sempre più all'altezza dei bisogni dell'oggi".

Osteopati e chiropratici diventano professioni sanitarie. Tra le principali novità del testo approvato dalla Commissione figura senz'altro l'istituzione di due nuove figure professionali, quella dell'osteopata e del chiropratico che diventano a tutti gli effetti professioni sanitarie. Gli osteopati avranno anche un apposito albo all'interno del neo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Sono poi stati stralciati numerosi articoli, in particolare il 9 riguardante gli Enti vigilati, e gli articoli dall'11 al 25 concernenti tra l'altro la sicurezza alimentare benessere animali e le sigarette elettroniche.

Ma ecco l'analisi del testo articolo per articolo.

L'**articolo 1** reca una **delega al Governo per la revisione della disciplina in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano**. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano introducendo specifico riferimento alla medicina di genere.

Tra i principi ed i criteri direttivi previsti sono richiamati: il riordino ed il coordinamento delle disposizioni

vigenti; l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle varie fasi delle sperimentazioni cliniche; l'individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione ed all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I da condurre con un approccio di genere; la semplificazione degli adempimenti formali, relativamente alle modalità di presentazione della domanda per il parere del comitato etico ed alla conduzione ed alla valutazione degli studi clinici; la semplificazione delle modalità d'impiego per la ricerca del materiale clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche; la revisione delle procedure di valutazione e di autorizzazione di una sperimentazione clinica; l'applicazione dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche; l'individuazione - nell'ambito degli ordinamenti didattici - di specifici percorsi formativi in materia di metodologia della ricerca clinica, conduzione e gestione degli studi clinici e sperimentazione dei farmaci; l'aggiornamento periodico, attraverso il conseguimento di crediti formativi relativi a percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali, del personale medico, sanitario e socio-sanitario impegnato nelle sperimentazioni in oggetto; la riformulazione dell'apparato sanzionatorio; la revisione della normativa relativa agli studi clinici senza scopo di lucro e a quelli osservazionali.

L'**articolo 2** affronta l'**aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza**. Qui si prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, siano inserite nei livelli essenziali di assistenza sanitaria le prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, effettuate tramite ricorso a tecniche di anestesia loco-regionale, ferma restando la disciplina del consenso informato e della libertà di scelta delle partorienti. Anche in questo caso l'aggiornamento dei Lea deve tener conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Servizio sanitario nazionale.

L'**articolo 3** affronta il **riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie**. Si prevede, tra l'altro, l'istituzione dei seguenti ordini professionali (comma 9): delle **professioni infermieristiche**; delle **ostetriche e degli ostetrici**; delle **professioni sanitarie della riabilitazione**; dei **tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione** (in quest'ultimo ordine confluisce anche la professione di **osteopata**).

Con l'intervento operato si sostituisce gran parte del predetto decreto legislativo n. 233 del 1946, e le nuove norme organizzative concernono sia gli ordini esistenti dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari e dei farmacisti sia i nuovi ordini summenzionati. Si trasformano gli attuali collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in ordini delle medesime professioni e relative federazioni nazionali accorpando in un medesimo ordine, quello dei tecnici sanitari di radiologia medica professioni tra loro omogenee e compatibili, quali le professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione che pur regolamentate non hanno ancora albi professionali. Infine è **prevista l'istituzione delle nuove professioni sanitarie di osteopata e chiropratico**.

L'**articolo 4** inserisce le professioni di **biologo** e di **psicologo** nell'ambito delle professioni sanitarie; per l'ordine degli psicologi, restano ferme, tuttavia, le attuali norme organizzative - mentre l'ordine dei biologi è inserito nelle novelle di cui al comma 1 del precedente articolo 3 -. Si prevede, inoltre, il trasferimento di alcune competenze, relative ai due ordini summenzionati, dal Ministro (e Ministero) della giustizia al Ministro (e Ministero) della salute.

Inoltre, all'**articolo 5-bis**, viene istituito presso l'Ordine degli Ingegneri l'**elenco nazionale certificato degli Ingegneri biomedici e clinici**.

I commi 1 e 3 dell'**articolo 5** modificano il **regime delle sanzioni penali ed accessorie in caso di esercizio abusivo di una professione sanitaria**, mentre il comma 2 novella le norme del codice penale in materia di confisca, con riguardo, almeno letteralmente, a tutti i casi di reato di esercizio abusivo di una professione (anche qualora quest'ultima non sia sanitaria). Ricordiamo che, in materia di esercizio abusivo di una professione, la Commissione Giustizia del Senato ha approvato il 30 gennaio 2014, in prima lettura ed in sede referente il [testo del ddl Marinello](#).

L'**articolo 6** inserisce tra le circostanze aggravanti comuni l'aver, nei delitti non colposi, commesso il

fatto in **danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali.**

L'**articolo 7** prevede che, con accordo concluso in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, su proposta dei Ministri della salute e dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, possano essere definite ulteriori modalità attuative, anche negoziali, per l'**inserimento dei medici in formazione specialistica all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale** (comprese nella rete formativa della scuola di specializzazione).

L'**articolo 8** consente che i soggetti legittimati ad esercitare professioni o arti sanitarie, ad eccezione dei professionisti abilitati alla prescrizione di medicinali: svolgano la loro attività anche in farmacia (della quale siano titolari o meno); stipulino convenzioni con i farmacisti sulla partecipazione all'utile della farmacia. Vengono elevati i limiti minimi e massimi della sanzione amministrativa pecuniaria qui contemplata. Si consente, inoltre, che la **sostituzione temporanea nella direzione della farmacia privata di cui sia titolare una società sia operata con un qualsiasi farmacista iscritto all'albo e non necessariamente con un altro socio farmacista.**

All'**articolo 8-bis**, nell'ambito delle professioni sanitarie, viene istituita la **professione del chiropratico**. Per l'esercizio della professione sanitaria di cui al presente comma, è necessario il possesso della laurea abilitante o titolo equipollente e l'iscrizione al registro istituito presso il Ministero della salute.

Infine, l'**articolo 10** prevede l'**istituzione del ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute e reca le norme di accesso a tale ruolo nonché ai relativi incarichi di direzione di uffici dirigenziali di livello non generale o generale e alla qualifica di dirigente di prima fascia**. Nel ruolo è collocato, in fase di prima applicazione, l'attuale personale di qualifica dirigenziale del Ministero della salute con professionalità sanitaria. Il comma 1 prevede che, in sede di contrattazione collettiva nazionale successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009, ferma restando l'esclusività del rapporto di lavoro, siano estesi al personale dirigente in esame, prioritariamente e nei limiti delle risorse disponibili per i rinnovi contrattuali, gli istituti stabiliti dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, per le corrispondenti qualifiche del Servizio sanitario nazionale e recepiti nei relativi contratti collettivi nazionali.

Mercoledì 27 APRILE 2016

Stati generali della Ricerca Sanitaria. Lorenzin: "È un asse strategico per il Paese". E Renzi annuncia 2,5 miliardi per la ricerca. **Segui la diretta video**

Inizia oggi Workshop di confronto con il mondo della ricerca organizzato dal Ministero della Salute per riflettere su come la ricerca possa tradursi in un vantaggio concreto per la salute dei cittadini. Intervengono i ministri Lorenzin, Giannini e Martina. Inoltre ci sarà il sottosegretario De Vincenti e i presidenti delle commissioni parlamentari di sanità De Biasi e Marazziti. [IL PROGRAMMA](#)

"Tutto il Paese deve capire che la ricerca è un asset strategico per il nostro futuro. Oggi i ricercatori italiani possono vantare un alto livello di formazione, nonostante ciò faticiamo ad attrarre investimenti. E' qui che dobbiamo intervenire". Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha inaugurato gli Stati generali della Ricerca Sanitaria, presso l'Auditorium Massimo di Roma, rivolgendo un accorato appello alla platea. E, per tracciare il quadro di riferimento, si è affidata a cifre eloquenti. "Siamo quinti al mondo per l'impact factor delle pubblicazioni scientifiche e in dodicesima posizione per investimenti in ricerca biomedica. Tuttavia troppo spesso non riusciamo a trasformare così tanti studi in brevetti".

La due giorni nasce proprio per invertire questo trend, "in quanto occorre costruire momenti di raccordo e di condivisione tra tutti i soggetti in campo. Soltanto così possiamo rendere l'Italia più attrattiva sia per gli investimenti che per i ricercatori che spesso preferiscono andar all'estero. Quest'ultimo dato non è negativo a priori, il problema è che poi non tornano più e che quelli stranieri non approdano quasi mai nel nostro Paese. **Per formare i ricercatori spendiamo circa 400mila euro l'uno, ma poi li trattiamo come fossero semplici dipendenti pubblici**".

Per Lorenzin il punto nodale risiede quindi "nella capacità di costruire reti. Dobbiamo imparare a fare sistema e creare massa critica all'interno di una strategia condivisa e trasversale di competenze che coinvolga pienamente sia il mondo del lavoro che quello dell'industria. Allo stesso tempo lo Stato deve riuscire a sostenere, in ogni modo, la ricerca indipendente e a implementare la divulgazione di cultura scientifica, in particolare tra i giovani. Vorrei - ha auspicato - che quanto viene brevettato sia poi trasformato in possibilità di sviluppo".

Obiettivo complessivo degli Stati Generali, ha infine spiegato il ministro, "è mettere in moto un'infrastruttura per sostenere settori cruciali come **genomica, medicina di precisione, nutraceutica, nuovi farmaci e agrifood**. Tra oggi e domani - ha annunciato - presenteremo il nuovo bando della ricerca finalizzata e il nuovo bando Aifa. Dobbiamo riuscire a qualificare il personale".

Sulla stessa lunghezza d'onda **Stefania Giannini**, ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, che rivendica l'operato dell'attuale esecutivo, "in grado di collocare la ricerca al centro dell'agenda, mentre per i governi precedenti non si è quasi mai trattato di un tema centrale e trasversale. Nostro obiettivo è modificare in profondità il sistema, rendendolo capace di attrarre investimenti ma soprattutto talenti. Per questo dobbiamo costruire un ecosistema eccellente". Il ministro ha poi anticipato

l'intenzione di **“superare l'attuale trattamento giuridico per i ricercatori**, come se fossero dipendenti pubblici qualsiasi. In questo senso la burocrazia è spesso un ostacolo e il decreto Madia è utile proprio per semplificare la Pubblica amministrazione e per rendere la figura del ricercatore negli enti finalmente libera di giocare con le stesse regole degli omologhi degli altri Paese. In questo modo il nostro sistema sarà più competitivo”.

Nell'ottica di rendere l'Italia più competitiva, ha spiegato Giannini, il Piano nazionale della ricerca **“assegnerà la priorità a quattro settori: sanità, spazio, fabbriche intelligenti e agrifood**. Nel complesso investiremo 2,5 milioni per queste aree e, al loro interno, circa 500-700mila euro saranno destinati al personale”. Altro elemento nodale riguarda lo Human Tecnopole di Milano, che dovrà accogliere 1600 ricercatiti provenienti da tutto il mondo”.

I Servizi alla salute dei cittadini, oltre all'impatto sanitario, “costituiscono un volano di sviluppo per l'intero sistema economico italiano”, ha sottolineato **Claudio De Vincenti**, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio. “Siamo quindi impegnati a predisporre gli strumenti per creare un ambiente ideale. In questo senso, tramite i fondi strutturali europei, vogliamo investire su strategie di specializzazioni intelligenti. Lo sviluppo industriale può infatti trovare nella ricerca clinica applicata un'occasione di slancio enorme”. Altra priorità consiste “nella costruzione di un sistema di governance della farmaceutica che garantisca stabilità al mercato sotto la regolazione pubblica, in modo da delineare un contesto che sappia attrarre investimenti, innovazione e attività di ricerca”.

Da parte sua **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della Commissione Igiene e Sanità al Senato, ha lanciato un appello affinché “la ricerca biomedica si sviluppi in tutti i campi e rapidamente, ma liberandosi dai vincoli rispetto alla legislazione europea, in primis la moratoria sulla sperimentazione animale. Si tratta di regole ipocrite che non hanno più senso nel mondo moderno; tra l'altro la sperimentazione non si fa in italia, ma si compra dall'estero”. Fondamentale, ha fatto notare, sono anche “la ricerca no profit e il terzo settore”. De Biasi ha poi auspicato che “le regole di assegnazione dei fondi non procedano come concorso per uscieri, occorre assolutamente meno burocrazia”.

Mario Marazziti, presidente della Commissione Affari Sociali alla Camera, ha posto l'accento “sulla necessità di combattere il pensiero antiscientifico, come quello che ha bloccato vaccinazioni per anziani e che ha prodotto morti aggiuntive”. Anche perché “è pieno di eccellenze nella ricerca italiana, ma occorre mettere a sistema gli elementi virtuosi, soprattutto certificando un riconoscimento importante per l'industria farmaceutica policorde”. Nel complesso “dobbiamo lavorare contro la frammentazione per costruire certezze e creare continuità tra sanità e sociale e tra le 21 realtà regionali che bisogna connettere in modo organico”.

Alimentazione, stili di vita e cittadini. “Si tratta di un rapporto vitale - ha evidenziato il ministro dell'Agricoltura, **Maurizio Martina** - E' quindi necessario qualificare il sistema su obiettivi definiti e strategie chiare, individuare assi precisi di investimento, in particolare l'agrifood italiano. Ma anche rinforzare la congiunzione tra educazione alimentare e alla salute, soprattutto in una fase di crisi così acuta che ha modificato profondamente gli stili di vita. E per raggiungere questi obiettivi l'ideale è configurare progetti di partnership tra pubblico e privato, nel solco dell'Expo, proponendo una vita italiana a questa ricetta che rappresenta il trampolino verso il futuro. Da questo punto di vista Human Tecnopol a Milano è occasione irripetibile anche per caratterizzare particolarmente nostro modello di ricerca”.

Gennaro Barbieri