



## **RASSEGNA STAMPA**

**28-06-2016**

1. REPUBBLICA.IT Donne, lavorare per anni oltre 40 ore a settimana aumenta il rischio di patologie croniche e cancro
2. LIBEROQUOTIDIANO.IT La campagna 'meglio smettere!' sui rischi del fumo per la salute
3. POPSCI.IT Scoperti batteri buoni contro il tumore al seno
4. PHARMA KRONOS Nasce alleanza mondiale nel campo dell'imaging
5. MATTINO Fibre ottiche e robot: la tecnica laparoscopica usata anche per i tumori
6. PICCOLO Modificare i geni? È la strada giusta contro i tumori
7. DOCTOR 33 Brexit, ipotesi Ema in Italia: imprese e istituzioni iniziano il countdown
8. SOLE 24 ORE SANITA' Articolo 22, altolà Regioni - Ddl art. 22, il no delle Regioni
9. SOLE 24 ORE SANITA' Corte dei conti, 2015 allo specchio - Tagli e risparmi, una costante
10. STAMPA In Italia prima terapia genica con staminali
11. CORRIERE DELLA SERA Si dell'Ue al primo farmaco (italiano) dalle staminali
12. MESSAGGERO Migranti, la Cassazione: «Chi è ammalato non può essere espulso»
13. SOLE 24 ORE SANITA' I nuovi Lea sulla rampa di lancio - Lea, rilancio a quota 772 mln
14. SOLE 24 ORE SANITA' Farindustria: «Ora la nuova governance» Il Governo: «Con la legge di Stabilità 2017»
15. LASTAMPA.IT Ingegneria genetica: sì al primo studio sugli umani
16. AVVENIRE Il fondatore di Microsoft: «Grazie Italia per gli aiuti»
17. LIBERO QUOTIDIANO Il tribunale si fa scienziato: «Bimbo autistico a causa del vaccino»
18. GIORNALE DI SICILIA Intervista a Giovanni Corsello - Corsello: «Le mamme vaccino i bambini Aumentano i casi di morbillo e varicella»

<http://la.repubblica.it/salute>

## Donne, lavorare per anni oltre 40 ore a settimana aumenta il rischio di patologie croniche e cancro

*Secondo uno studio Usa condotto su 7500 lavoratori e lavoratrici, l'eccessivo tempo trascorso al lavoro aumenta la possibilità di sviluppare patologie croniche tra cui malattie cardiache e tumori nell'arco di 32 anni. Le donne sono più esposte degli uomini, che hanno presentato un'incidenza più elevata soltanto di artrite*



Il rischio di ammalarsi triplica quando le ore di lavoro diventano 60 a settimana SE LA **DISOCCUPAZIONE** e la conseguente povertà influenzano negativamente la salute, lavorare troppo sembra non migliorare la situazione. Soprattutto per le donne. Dedicare al lavoro più di 40 ore a settimana per decenni si assocerebbe infatti a un aumento

significativo del rischio di malattie croniche: cancro, cardiopatie, artrite e diabete. A sostenerlo è uno [studio americano](#) pubblicato on line sul *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, finanziato dallo stato e condotto da ricercatori della Division of Health Services Management and Policy dell'università dell'Ohio.

**La ricerca.** Gli autori dello studio, utilizzando i dati del [National Longitudinal Survey of Youth](#), una grande indagine patrocinata dall'Istituto di statistica del lavoro statunitense, hanno valutato i dati di poco meno di 7500 lavoratori e lavoratrici che avevano almeno 40 anni nel 1998, anno in cui nei questionari del Survey sono state introdotte domande sullo stato di salute e le patologie croniche. Hanno quindi confrontato le ore medie lavorate settimanali per 32 anni dal (1978 al 2009) con l'incidenza di otto malattie croniche: cancro (eccetto il cancro della pelle), patologie cardiache, artrite o reumatismi, diabete, malattie polmonari croniche come bronchite o enfisema, asma, depressione e ipertensione. E hanno esaminato i risultati in base al genere.

**Le donne hanno la peggio.** "I risultati tra i lavoratori di sesso femminile sono stati sorprendenti - ha dichiarato **Allard Dembe** docente di Health Services Management and Policy alla Ohio e primo autore dello studio - . L'analisi ha rilevato un rapporto chiaro e forte tra orari di lavoro lunghi e le malattie cardiache, il cancro, l'artrite e il diabete". Ad aver lavorato 40 ore o meno a settimana era stata una minoranza dei lavoratori. Il 56% per cento invece aveva dedicato al lavoro mediamente 41-50 ore, mentre il 13 per cento aveva lavorato una media di 51-60 ore e il 3 per cento più di 60 ore settimanali. Per le donne il rischio di ammalarsi di patologie croniche - si legge nella nota finale dell'università dell'Ohio - inizia ad aumentare tra chi ha dedicato al lavoro mediamente più di 40 ore settimanali. Sale in maniera più evidente tra quelle che hanno dedicato al lavoro oltre 50 ore medie a settimana, e finisce per triplicare quando le ore lavorate diventano 60 a settimana.

Ai lavoratori maschi le cose vanno meglio. Tra gli uomini che hanno lavorato molto, cioè tra quelli esposti per tre decenni agli orari di lavoro più lunghi: da 51 ore in su, era evidente una incidenza più elevata soltanto di artrite, e di nessun'altra delle malattie sotto indagine. Non solo, gli uomini che avevano lavorato di meno ('solo' 41-50 ore) avevano addirittura un più basso rischio di malattie cardiache, polmonari e depressione rispetto a quelli che avevano lavorato 40 ore o meno.

**Le possibili ragioni.** Insomma, il lavoro, che biblicamente era la punizione di Adamo (Eva aveva già quella di partorire con dolore), farebbe più male alle donne che non agli uomini. L'indagine dell'università dell'Ohio è di tipo descrittivo, non ha lo scopo di studiare le ragioni dei risultati ottenuti, ma di stabilire l'esistenza di un'associazione tra esposizione a lunghi orari di lavoro e rischio per la salute. Nonostante questo, Dembe si è detto convinto che il ruolo predominante delle donne nella suddivisione delle responsabilità familiari possa portarle, quando lavorano molto, a dover affrontare più pressione e stress rispetto agli uomini. Per di più - ha aggiunto il ricercatore - con meno

soddisfazione, proprio a causa della necessità di bilanciare le esigenze di lavoro con gli impegni familiari. Allard Dembe ha sottolineato infine che lo studio ha messo in luce solo diagnosi di cronicità nei lavoratori e nelle lavoratrici tra i 40 e i 50 anni, e che se si fossero analizzati i dati relativi all'intera vita dei partecipanti la relazione tra lavoro e malattia avrebbe potuto essere anche più forte.

**Il legame tra cancro e stress.** Lo studio del legame fra lo stress e il cancro non è un terreno inesplorato. "Ci sono studi che dimostrano che lo stress e la pressione favoriscono una condizione di immunodepressione, aumentando il rischio di ammalarsi di patologie oncologiche - spiega **Massimo Di Maio**, professore associato all'università di Torino-Dipartimento oncologia, e direttore dell'Oncologia all'ospedale Mauriziano - . È quindi plausibile che quanto è stato ipotizzato dal primo autore del lavoro abbia un fondamento: lo stress insomma pesa sulla salute, in questo caso delle donne che ne sarebbero più esposte, e rappresenta una possibile chiave di lettura".

**I limiti dello studio.** "Tuttavia - prosegue l'esperto - per quanto riguarda i tumori, l'indagine non fa distinzione tra diverse tipologie di cancro. E questo è un limite che andrebbe superato con indagini future. Inoltre, mentre gli autori operano una correzione dei fattori confondenti, come [il fumo](#) o l'età, che a prescindere dalla quantità di tempo lavorato rappresentano essi stessi forti elementi di rischio, non tengono conto per esempio dell'[alimentazione](#) e [della sedentarietà](#), che invece dal punto di vista oncologico sono importanti. Le donne che lavorano troppo potrebbero non curare la loro dieta e non avere il tempo, tra lavoro e famiglia, per una corretta e continua attività fisica". Tuttavia, conclude Di Maio, questo studio "mette a fuoco un problema poco indagato che è la quantità di lavoro come fattore di rischio. Che andrebbe approfondito, senza dubbio".

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

# La campagna 'meglio smettere!' sui rischi del fumo per la salute

In Italia il vizio del fumo è ormai un'abitudine quotidiana per quasi il 14% dei ragazzi quindicenni e il 13,3% delle ragazze, l'8% dei tredicenni e l'1% degli undicenni. Numeri in forte aumento, soprattutto tra le giovanissime che sperimentano il fumo ben prima dei coetanei maschi. Le sigarette sono uno dei principali fattori di rischio oncologico e per questo l'AIOM ha deciso di salire in cattedra e insegnare ai più giovani la prevenzione. Il progetto è reso possibile grazie ad un educational grant di MSD. Per rendere più incisivo il messaggio è stata coinvolta in prima linea (oltre agli oncologi) una testimonial d'eccezione del mondo dello sport italiano: Flavia Pennetta. La campagna si è articolata in:

. L'opuscolo 'Con le sigarette.... Meglio Smettere': la pubblicazione ha due protagonisti la tennista Flavia Pennetta e il professor **Carmine Pinto** (Presidente Nazionale AIOM). Attraverso un dialogo a fumetti tra i due, il booklet spiega ai giovani quanto è importante non prendere mai il vizio del fumo. L'opuscolo è stato distribuito in tutto il territorio nazionale.

'Speciali Lezione della Salute': a partire da marzo gli specialisti dell'AIOM si sono recati nelle scuole superiori di alcune città italiane (Torino, Roma, Napoli, Firenze) per svolgere dei brevi corsi agli studenti su tutti i pericoli derivati dal consumo di prodotti a base di tabacco. In questi mesi sono state tenute 50 lezioni. La 'web APP': attraverso 63 domande a risposta multipla è possibile capire quanto una sola sigaretta può essere devastante per il benessere. E' stata scaricata da migliaia di utenti. Lo 'Spot della Prevenzione': ha come protagonista sempre Flavia Pennetta. A breve andrà in onda sulle emittenti televisive nazionali e, a ottobre, verrà proiettato in 200 sale cinematografiche

Crea il tuo spot 'Meglio smettere!': concorso che ha coinvolto le scuole di tre città (Roma, Torino, Napoli). Gli studenti si sono sfidati nel realizzare la sceneggiatura migliore per uno spot anti-fumo che sarà realizzato dall'Istituto Europeo di Design (IED) di Roma. Una speciale giuria composta da docenti, oncologi e esperti dello IED ha valutato l'opera migliore. I vincitori sono stati i ragazzi del Liceo Classico Luciano Manara di Roma.

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

## Scoperti batteri buoni contro il tumore al seno



Lactobacillus e Streptococcus thermophilus potrebbero giocare un ruolo protettivo contro il tumore al seno. Resa nota dalla rivista *Applied and Environmental Microbiology*, la scoperta si deve ad una ricerca condotta da **Gregor Reidd** della Western University in Canada e potrebbe ad esempio fornire una spiegazione al fatto che l'allattamento al seno – che favorisce la colonizzazione del tessuto mammario da parte di batteri buoni come i lactobacilli – riduce il rischio di cancro alla mammella.

### Lo studio

Gli esperti hanno studiato campioni di tessuto mammario di 59 donne, sia con tumore, che con formazioni benigne, sia infine donne sane che si erano sottoposte a interventi di chirurgia estetica del seno. In tutti i tessuti analizzati i ricercatori hanno trovato presenza di batteri ma di tipo diverso a seconda che si trattasse di tessuto tumorale o sano.

In presenza di tumore le specie batteriche preponderanti sono 'cattive', in particolare Escherichia coli e Staphylococcus epidermidis, che in altri studi si sono dimostrati capaci di danneggiare gravemente il Dna delle cellule umane in un modo da favorire il cancro. Nei tessuti mammari sani, invece, c'è abbondanza di altre specie batteriche, soprattutto batteri 'buoni' come i lactobacilli.

Si tratta degli stessi batteri che tendono a colonizzare il tessuto mammario durante l'allattamento che da sempre è riconosciuto protettivo contro il tumore. In futuro potrebbe essere dunque valutata l'efficacia dei probiotici (organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute) come difesa dal tumore della mammella.



**adnkronos**  
**salute**

○ 28 giugno 2016

○ NUMERO 118 | ○ ANNO 10

# Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

## **Watson in campo contro cancro, diabete e cardiopatie**

### ***Nasce alleanza mondiale nel campo dell'imaging***

Diagnosi più accurate, decisioni mediche basate sull'analisi di una vasta mole di dati e meno sprechi. L'intelligenza artificiale del supercomputer Watson entra in campo per consentire ai medici di seguire e trattare al meglio malattie come tumori, diabete, cardiopatie e ictus, grazie a un nuovo utilizzo dell'imaging medicale. Ibm ha annunciato la creazione di Watson Health Medical Imaging Collaborative, un'iniziativa globale costituita da più di 15 fra centri medici universitari, strutture di servizi radiologici ambulatoriali e società di tecnologia di imaging. Il progetto mira a portare l'imaging cognitivo nella pratica medica quotidiana, per aiutare gli operatori ad affrontare patologie come cancro al seno, al polmone e altri tipi di tumore, diabete, salute dell'occhio, malattie cerebrali e cardiache ed eventi correlati, come l'ictus. L'idea è quella di sfruttare Watson per estrarre informazioni da dati di imaging non strutturati, precedentemente "invisibili", e di poterli combinare con un'ampia varietà di dati provenienti da altre fonti. Così fa-

cendo, i medici possono prendere decisioni per cure personalizzate, mirate a uno specifico soggetto, costruendo al contempo un corpus di conoscenze a beneficio di più vaste popolazioni di pazienti. Queste informazioni possono comprendere dati provenienti da cartelle cliniche elettroniche, referti radiologici e patologici, risultati di laboratorio, annotazioni dei medici sui progressi osservati, ma anche riviste di settore, linee guida e studi pubblicati. Tra i fondatori del progetto figurano Agfa HealthCare, Anne Arundel Medical Center, Baptist Health South Florida, Eastern Virginia Medical School, Hologic, Inc., ifa systems AG, inoveon, Radiology Associates of South Florida, Sentara Healthcare, Sheridan Healthcare, Topcon, UC San Diego Health, University of Miami Health System, University of Vermont Health Network e vRad, oltre a Merge Healthcare, società Ibm.

(M.L.)

## Lo strumento

# Fibre ottiche e robot: la tecnica laparoscopica usata anche per i tumori

Chirurgia a cielo aperto e operazioni in laparoscopica: tradizione contro modernità. La prima è la classica tecnica chirurgica praticata da almeno un secolo da varie generazioni di chirurghi con poche modifiche, sebbene affinata nelle conoscenze anatomiche e nelle soluzioni stilistiche. Metodologia che prevede l'accesso al campo operatorio tramite un tagliante bisturi imbracciato dal chirurgo, che così si fa strada verso il sito d'intervento tagliando e sezionando accuratamente cute e fasce muscolari, divaricando il campo operatorio per poi raggiungere vasi sanguigni, organi e tessuti sottostanti fino a impegnare una massa da asportare, un aneurisma da cucire, ridurre una frattura o eliminare un'ansa dell'intestino malato a seconda dei casi. La Laparoscopia invece, si avvale di piccoli fori effettuati nel punto di accesso senza intaccare la parete: qui sono inseriti una microtelecamera a fibre ottiche e una micro-

ca con cui tagliare, asportare e aspirare i tessuti da eliminare.

La laparoscopia, inizialmente limitata a interventi di facile esecuzione, negli anni ha conquistato tutti i campi della chirurgia generale e specialistica e, negli ultimi anni, anche grazie all'ausilio del robot chirurgico, consente di effettuare interventi in remoto con un'ulteriore sofisticazione della tecnica anche nell'alta chirurgia e in oncologica. Tanti i vantaggi della chirurgia laparoscopica, dalla mininvasività alla riduzione del danno dalla riduzione delle perdite di sangue alla rapidità di recupero. In Laparoscopia, tuttavia, permangono alcuni rischi legati sia alla tecnica sia alle abilità dell'operatore. Da un lato infatti, per avanzare nel campo operatorio con gli strumenti miniaturizzati, occorre insufflare aria che, in casi sfortunati, raggiungendo il circolo sanguigno possono dare luogo a embolie massive intrattabili.

e. mau.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## Modificare i geni? È la strada giusta contro i tumori

di MAURO GIACCA

**L**o scorso 21 giugno un comitato del National Institutes of Health (Nih) degli Stati Uniti ha approvato la prima sperimentazione clinica basata sull'utilizzo di Crispr/Cas9, la nuova tecnologia di modificazione genetica che sta imperverando nei laboratori di ricerca in tutto il mondo. L'obiettivo sarà la terapia immunologica dei tumori, uno dei campi attualmente più promettenti. Negli ultimi anni, ricercatori dell'Università della Pennsylvania, promotrice dello studio, hanno dimostrato che è possibile curare con una strabiliante efficienza che si avvicina al 90% alcune forme di leucemie e linfomi tramite una modificazione genetica dei linfociti dei pazienti, ottenuta inserendo al loro interno un virus-vettore che li istruisce a riconoscere e distruggere le cellule tumorali. Mentre questa tecnologia, chiamata Car, promette letteralmente di rivoluzionare la terapia di queste malattie, la sua efficacia per contro altri tumori è molto più ridotta; la nuova sperimentazione si propone dunque di migliorarla.

Linfociti di 18 pazienti con tre tipi diversi di tumori (mieloma multiplo, melanoma e sarcoma) saranno ingegnerizzati in laboratorio con un virus-vettore, derivato da Hiv, in grado di re-indirizzarli contro le cellule tumorali, tutte le quali esprimono una proteina chiamata Ny-Eso che

nessuna altra cellula dell'organismo produce. Contemporaneamente, con la tecnologia Crispr/Cas9 saranno distrutti, negli stessi linfociti, due geni che bloccano la loro attivazione, chiamati Pd1 e Tcr. Le cellule così modificate saranno reintrodotte nei pazienti, con la speranza che riconoscano e uccidano le cellule tumorali in maniera molto più efficace di quanto sia stato ottenuto finora. La sperimentazione è una primizia, perché porta in clinica Crispr/Cas9, un sistema derivato dai batteri marini, fatto funzionare anche nella cellule umane soltanto nel 2013. Basato su una singola proteina che taglia il Dna (Cas9) e un Rna che la guida sul gene desiderato (Crispr), il sistema consente di distruggere, con molta semplicità e in maniera mirata, una sequenza genetica a piacimento. È talmente semplice che ora viene utilizzato nei laboratori di tutto il mondo per modificare di routine le cellule in laboratorio e costruire animali geneticamente modificati. La sperimentazione che per la prima volta lo porterà nella clinica è sostenuta da una Fondazione privata creata con un finanziamento di 250 milioni di dollari dal miliardario americano Sean Parker, co-fondatore di Napster e ex presidente e fondatore di Facebook. Un esempio, peraltro non unico, di come, negli Stati Uniti, la filantropia privata sia anche al servizio della ricerca.

ORIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.doctor33.it/>

## **Brexit, ipotesi Ema in Italia: imprese e istituzioni iniziano il countdown**



«Istituzioni e imprese del farmaco giustamente ci credono. Così come da tempo sosteniamo, è l'Italia la sede naturale dell'Agenzia regolatoria europea del farmaco». A ribadirlo è il presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi, intervenendo nel dibattito sulla futura sede dell'Ema, l'ente regolatorio Ue che - dopo il sì d'Oltremania alla Brexit - con ogni probabilità dovrà traslocare dalla capitale inglese. Per il presidente degli industriali del farmaco, sostenitori dunque di una location italiana per l'Ema, fanno benissimo il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e il governatore della Lombardia, Roberto Maroni, a chiederne con convinzione il trasferimento a Milano, presso lo Human Technopole.

«Perché - spiega Scaccabarozzi - non siamo secondi a nessuno per titoli, competenze e qualità professionali in campo regolatorio e industriale. Come dimostrano sia l'Agenzia italiana del farmaco, riconosciuta a livello internazionale, sia i numeri delle imprese del farmaco». Proprio il ministro Beatrice Lorenzin ha, infatti, fortemente spinto in questa direzione, affermando che «il nostro Paese ha i titoli, le qualità e le competenze» per ospitare l'Ema.

«La nostra Aifa - ha dichiarato - è un modello che tutti ci invidiano. E penso che il Tecnopolo di Milano sarebbe la sede ideale per ospitare l'agenzia regolatoria europea». A dichiararsi favorevole ad un trasloco nel nostro Paese dell'agenzia regolatoria europea per i medicinali, è anche il sottosegretario alla presidenza del Consiglio, Claudio De Vincenti. «L'Italia ha tutte le carte in regola per ospitare l'Agenzia Europea del Farmaco - ha dichiarato - che ha ora sede a Londra». E a raccogliere subito la candidatura di Milano è stato proprio il governatore lombardo Roberto Maroni: «Sono pronto a

destinare 50 dei 150 milioni già a bilancio sull'area Expo a un fondo per preparare l'arrivo dell'Agenzia per i medicinali» aveva dichiarato.

E nel dibattito, si inserisce anche il senatore di Forza Italia Andrea Mandelli, vice presidente della Commissione bilancio di Palazzo Madama che definisce «giusto e legittimo» il dibattito di questi giorni sulla possibilità per l'Italia di attrarre agenzie europee e istituti finanziari attualmente ubicati a Londra. «Per questo, Forza Italia ha chiesto nella sua risoluzione approvata in Senato nell'ambito delle comunicazioni del premier in vista del Consiglio europeo - spiega Mandelli - l'impegno del governo a proporre il nostro Paese quale possibile sede per l'Ema, nell'ipotesi di ricollocazione dell'Agenzia dell'Unione Europea per i medicinali in uno Stato membro».

Si tratta per Mandelli, di «un'opportunità di sviluppo che possiamo e dobbiamo cogliere. Perciò, al di là delle buone intenzioni, il governo si metta all'opera. E questa sia l'occasione per iniziare a rimuovere quei tanti ostacoli che ancora ci rendono poco competitivi a livello europeo e poco attrattivi per gli investimenti esteri, a cominciare dalle troppe tasse, dalla burocrazia soffocante e dalla lentezza della giustizia», conclude il senatore di Forza Italia.

**PERSONALE****Articolo 22, altolà Regioni***Bonaccini va all'attacco: «Mancano le nostre proposte»*

**S**ul Ddl ex art. 22 le Regioni respingono al mittente il documento presentato da **Lorenzin**. E il presidente Bonaccini attacca: mancano l'assunzione degli specializzandi e la scuola di specializzazione in medicina generale.

MAGNANO A PAG. 6

*Il presidente Bonaccini scrive alla ministra Lorenzin: «Non recepite proposte prioritarie»***Ddl art. 22, il no delle Regioni****Ora i Governatori aspettano la bozza definitiva per riaprire il confronto**

**S**ul Ddl ex art. 22 del Patto per la Salute sulla gestione e sviluppo delle risorse umane, la Conferenza delle Regioni respinge ufficialmente al mittente il documento di sintesi presentato dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** nel corso della riunione del tavolo politico del 15 giugno scorso. Un documento allora approvato dai sindacati medici ma ritenuto troppo «leggero» dalle Regioni (v. «Il Sole 24 Ore Sanità» n. 24/2016) dal momento che non conteneva le due proposte principali dei Governatori, ossia la previsione dell'assunzione dei dirigenti medici in formazione dopo la laurea con contratti a tempo determinato pagati dalle Regioni e l'introduzione della specializzazione universitaria anche per i medici di medicina generale. Il 22 giugno scorso, prima le commissioni Salute e Affari finanziari e poi la stessa Conferenza hanno tenuto il punto e messo nero su bianco la propria posizione. La Conferenza ha quindi accolto la proposta delle Commissioni ed è stato concordato di trasmettere una lettera alla ministra a firma del presidente **Stefano Bonaccini**.

Nella lettera è stato evidenziato che, poiché, il documento di sintesi del ministero «non recepisce le due proposte prioritarie per le Regioni, ossia la previsione dell'assunzione dei dirigenti medici in formazione dopo la laurea con contratti a

tempo determinato pagati dalle Regioni e l'introduzione della specializzazione universitaria anche per i medici di medicina generale, la Conferenza attenderà l'eventuale bozza di Disegno di legge delega per riportare in tale sede di confronto le due proposte delle Regioni».

«Le Regioni - spiega **Antonio Saitta**, presidente della Commissione Salute - sono determinate: la formazione in Medicina generale e l'inserimento dello specializzando nella rete formativa del Ssn devono rientrare a pieno titolo nel Ddl delega ex art. 22 del Patto per la Salute».

«L'auspicio - continua Saitta - è che la ministra **Lorenzin** nella predisposizione del disegno di legge delega reinserisca questi temi, che non sono centrali solo per le Regioni ma per il Sistema sanitario nazionale». E se così non dovesse succedere? «Continueremo a riproporli - ribadisce Saitta - lungo tutto il percorso parlamentare fino alla Conferenza Stato Regioni». «La questione della formazione in Medicina generale è molto sentita, abbiamo ricevuto valanghe di riscontri sui social. Ma finora abbiamo incontrato solo veti. La verità è che c'è stata troppa fretta nel dire di no su questi due punti. Capiamo tutto, ma se avessimo continuato a dialogare una soluzione si sarebbe trovata».

Si dichiara totalmente d'accordo con la proposta delle Regioni di riportare la rete formativa dei medici nell'ambito del

Ddl delega ex art. 22 del Patto per la Salute **Raffaele Calabrò**, Capogruppo Ap in Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. «La formazione dei medici rappresenta un baluardo del nostro sistema sanitario - sottolinea Calabrò - e merita un dibattito approfondito e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati al percorso formativo». Ma esprime invece disaccordo sulle altre proposte: «ossia l'assunzione dei dirigenti medici in formazione dopo la laurea con contratti a tempo determinato che ha il solo obiettivo di reperire forza lavoro a basso costo, di colmare la carenza di personale a causa del blocco del turn over e che porterà ad un aumento delle sacche di precariato».

«L'obiettivo di tutti - conclude Calabrò - deve essere quello di mantenere alta la qualità dell'assistenza sanitaria e questo passa attraverso una rete formativa tra università e strutture del servizio sanitario che rispondano a precisi requisiti quali volume, esiti e complessità della casistica».

**Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Corte dei conti, 2015 allo specchio

**L**a spesa sanitaria appare ormai sotto controllo ma secondo il giudizio di parifica 2015 della Corte dei conti è necessario ancora agire sull'acquisto dei beni cresciuti dell'8 per cento. A dieta i dipendenti pubblici.

DIFFIDENTI A PAG. 5

*CORTE DEI CONTI/ Promossa la gestione sanitaria nel rendiconto generale 2015*

# Tagli e risparmi, una costante

**A dieta dipendenti e farmaci convenzionati, cresce l'acquisto di beni**

Le spese delle Regioni in salita di 329 milioni (+0,7 per cento) Attivo di 346 mln ma il contributo pro capite sale a quota 1.890 euro

**M**igliora la gestione sanitaria nel suo complesso. Merito di una «puntuale programmazione» ma anche di un'«efficace azione» di contrasto agli eccessi di spesa, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro. Ma restano ancora da mettere sotto controllo gli acquisti di beni e servizi e, soprattutto, il costante aumento della spesa per la medicina convenzionata e l'assistenza ospedaliera. Sono alcuni dei passaggi-chiave della memoria del procuratore generale Martino Colella nell'ambito del giudizio sul rendiconto generale dello Stato 2015 della Corte dei conti che mette sotto la lente d'ingrandimento anche i conti della sanità.

In generale i risultati finali di spesa si attestano su livelli abbastanza contenuti rappresentati da un'incidenza sul Prodotto interno lordo che i giudici contabili definiscono «costante»: 7% nel 2015 a fronte di un 7,1 nel 2013 e 2014. «E questo - spiega la memoria di Colella - malgrado l'evidente sforzo per contenere e

razionalizzare l'utilizzo delle strutture e la spesa per la farmaceutica convenzionata senza incidere, in maniera significativa, sull'offerta dei servizi assistenziali verso i quali, anzi, la programmazione è nel senso di un costante aggiornamento sistematico per la definizione di criteri e condizioni di appropriatezza».

Insomma, da un quinquennio si assiste a un «forte ridimensionamento della spesa e, purtroppo, degli investimenti». Ma secondo la Corte dei conti la struttura dell'offerta «non è stata stravolta» e, seppure diminuita in termini reali negli ultimi 5 anni del 10%, continua ad assicurare prestazioni in linea con i Paesi Ocse anche con punte di eccellenza.

**Il finanziamento del Ssn.** Il Ssn è stato finanziato nel 2015 per 114,897 mld (erano 114,511 nel 2014 e 113,233 nel 2013) con



un'incidenza procapite di 1.890 euro, leggermente superiore rispetto ai dodici mesi precedenti (1.884) con un avanzo di 346 mln. Un risultato positivo in linea con il trend dei due anni precedenti e lontanissimo dai disavanzi 2010 e 2011 (rispettivamente 2,196 e 1,262 mld).

**Le spese delle Regioni.** Secondo la Corte dei conti a fronte di un aumento dello 0,7% (329,39 milioni, in linea con il trend dello scorso anno) l'ente territoriale che ha fatto registrare un significativo aumento percentuale è stata la Provincia di Bolzano (+3,7%) ma su valori superiori alla media nazionale si sono attestate anche l'Umbria (1,6%), l'Emilia Romagna e il Lazio (entrambe 1,3%), la Provincia autonoma di Trento (1,2%) e la Campania (0,8%).

La spesa è rimasta pressoché invariata in Liguria e Basilicata mentre nella media nazionale si è posizionato il Veneto (+1%). Tutte le altre Regioni si sono attestate mediamente su valori oscillanti, tra i quali spicca il valore negativo («e quindi rimarchevole sotto un profilo di risparmio», annotano i magistrati contabili) del Molise (-3,5% che va ad aggiungersi al -5,7%

dell'anno precedente»).

In valori assoluti la Lombardia rimane di gran lunga la Regione che gestisce il più alto volume di assistenza sanitaria in termini finanziari seguita, come di consueto, da Lazio, Campania, Veneto, Emilia Romagna, Sicilia e Piemonte.

#### Il costo del personale.

Per il presidente della Corte dei conti, Raffaele Squitieri, a partire dal 2010 il contenimento della spesa per i redditi da lavoro dipendente delle amministrazioni pubbliche «ha portato a una diminuzione in valori assoluti pari a 10 mld nel 2015 collocando l'Italia tra i Paesi europei con la più bassa incidenza tra costo del lavoro pubblico e prodotto interno lordo». I dipendenti della sanità non hanno fatto eccezione. Pur confermandosi secondi tra gli aggregati di spesa del Ssn, i costi delle risorse umane sono scesi di un ulteriore 0,5% a quota 34,61 mld (erano 34,779 nel 2014). I costi maggiori sono concentrati nell'ordine in Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia, Piemonte, Veneto, Lazio, Campania e Toscana.

**L'acquisto di beni e altri servizi.** Se il costo delle risorse umane scende, le

spese per l'acquisto di beni salgono e di molto (8,1%, il doppio circa rispetto ai dodici mesi precedenti). Il totale dell'aggregato "beni e altri servizi" evidenzia un dato di consuntivo di 38,385 mld con un aumento, in valori assoluti, di circa 2,07 mld (+5,4% rispetto al +3,4 del 2013) rappresentando la voce di maggior peso sul comparto con un'incidenza percentuale del 33,2% (32,4% nel 2014). I volumi sono per lo più concentrati in Lombardia, Campania, Lazio e Veneto. Rispetto all'esercizio precedente la Campania ha registrato un aumento delle spese del 10,7%, seguita dalla Provincia autonoma di Bolzano (5,85%), Lombardia (5,7%), Veneto (4,8%), Umbria (4,2%) ed Emilia Romagna (3,5%) mentre in altre Regioni, come Lazio, Valle d'Aosta e Liguria, a un aumento dei beni si è registrato un calo per «altri servizi» soprattutto non sanitari.

**La spesa farmaceutica convenzionata.** I magistrati contabili hanno registrato

una spesa di 8,233 mld con un risparmio, rispetto all'anno precedente dell'1,9%. «In questo - sottolinea la Corte dei conti - è prseguito l'effetto di contenimento della spesa farmaceutica che nel 2014 aveva assorbito 8,390 mld (-2,6%) e che, in termini di incidenza sul comparto, conferma una lieve diminuzione passando dal 7,2 al 7,1%». I maggiori costi si sono evidenziati in Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia; i minori in Val d'Aosta, Bolzano e Molise.

#### Ospedali accreditati.

Resta sostanzialmente stabile la spesa per l'assistenza ospedaliera accreditata con un valore assoluto di 8,779 mld appena superiore a quella dell'anno precedente (8,712 mld). Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia insieme raggiungono il 66% del totale mentre gli aumenti più consistenti si registrano in Liguria (+6% dopo il +14,4% del 2014) e l'Abruzzo (+4,12%).

**Ernesto Diffidenti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spese per Regione del Ssn per l'anno 2015 a confronto con il 2014 (milioni di euro)

Regione	2014		2015		Regione	2014		2015	
	Mln €	± anno prec. (%)	Mln €	± anno prec. (%)		Mln €	± anno prec. (%)	Mln €	± anno prec. (%)
Lombardia	18.750,76	2,5	18.721,95	-0,2	Liguria	3.277,58	0,6	3.276,51	0,0
Lazio	11.059,15	0,0	11.201,74	1,3	Marche	2.848,63	0,8	2.839,58	-0,3
Campania	10.205,41	1,7	10.285,84	0,8	Friuli	2.404,58	-2,8	2.392,20	-0,5
Veneto	8.928,69	1,1	8.992,13	0,7	Abruzzo	2.491,33	1,6	2.470,16	-0,8
Emilia R.	8.548,03	0,0	8.666,46	1,4	Umbria	1.660,42	0,7	1.688,14	1,7
Sicilia	8.992,39	1,4	8.955,58	-0,4	Pa Trento	1.203,52	0,7	1.188,80	-1,2
Piemonte	8.393,71	-0,1	8.344,29	-0,6	Pa Bolzano	1.134,13	-0,4	1.176,41	3,7
Toscana	7.235,48	2,1	7.251,81	0,2	Basilicata	1.092,46	1,0	1.091,01	-0,1
Puglia	7.372,67	1,8	7.416,41	0,6	Molise	643,23	-5,7	620,47	-3,5
Calabria	3.651,13	0,8	3.660,81	0,3	V. d'Aosta	282,37	-4,3	281,55	-0,3
Sardegna	3.377,68	1,3	3.360,87	-0,5	<b>Totale</b>	<b>113.553,34</b>		<b>113.882,73</b>	<b>0,3</b>

Fonte: ministero della Salute: Nsis, dati di consuntivo per tutti gli anni a eccezione dell'ultimo anno. Per il 2014 e 2015 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 4 aprile 2015 e del 22 aprile 2015

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

AL SAN RAFFAELE

## In Italia prima terapia genica con staminali

VALENTINA ARCOVIO

Diciotto bambini nati con un gene «sbagliato» sono stati curati con la prima terapia genica approvata al mondo. I piccoli pazienti hanno ricevuto la rivoluzionaria terapia made in Italy, che utilizza le cellule staminali, contro l'Ada-Scid, più conosciuta come sindrome dei bambini bolla. Prima di questo trattamento i bambini erano costretti a vivere in un ambiente asettico perché qualsiasi infezione, avrebbe potuto costare loro la vita. Ora, a tre anni dalla cura, il tasso di sopravvivenza è pari al 100%. La terapia si chiama «Stremvelis» ed è stata presentata ieri a Roma alla Presidenza del Consiglio, dopo l'approvazione alla commercializzazione da parte della Commissione europea. Messa a punto da Fondazione Telethon, dell'Ospedale San Raffaele e della farmaceutica Gsk, offrirà una speranza a quei 350 bambini all'anno, in tutto il mondo, affetti dal male. «Attualmente sono in fase avanzata di sperimentazione - riferisce Luigi Naldini, direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica - altre terapie per malattie rare come la leucodistrofia metacromatica e la sindrome di Wiskott-Aldrich; è stata inoltre avviata la sperimentazione clinica per la beta talassemia».

© BY NC ND ALL'USO DEI DIRITTI RISERVATI




**Il caso**

## Sì dell'Ue al primo farmaco (italiano) dalle staminali

L'arrivo del primo farmaco al mondo di terapia genica segna una vittoria per la ricerca italiana. Tredici bambini colpiti da Ada Scid, malattia rara e ereditaria del sistema immunitario, sono stati salvati con questo trattamento, che ha già ricevuto il via libera da Ue e autorità regolatorie nazionali. Non pillole da prendere ogni giorno ma un'unica iniezione endovena a base di cellule staminali difettose prese dal singolo paziente e corrette con l'inserimento di un gene modificato. La cura dura per sempre e restituisce alla normalità bambini costretti a vivere sottovetro, al riparo dal rischio delle

infezioni più banali. Sono in fase avanzata anche in Italia sperimentazioni di terapie geniche per la riparazione di difetti rari e non solo. Un progetto di ricerca riguarda ad esempio la talassemia. L'Ada Scid ha fatto da apripista anche per l'alleanza pubblico-privato che ha determinato il successo del percorso. Fondazione Telethon e ospedale San Raffaele hanno avuto come terzo pilastro l'industria Gsk Italia, necessaria per trasformare in farmaco le staminali ingegnerizzate. Prova che tali sinergie non vanno demonizzate.

**Margherita De Bac**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Migranti, la Cassazione: «Chi è ammalato non può essere espulso»

► Accolto il ricorso di una donna peruviana: «Il diritto alla salute va tutelato». Non si fermano gli sbarchi: ieri salvate 1.262 persone

**L'ALLONTANAMENTO  
DISPOSTO A ROMA  
NEL 2015. LA CORTE:  
«RESTA IN ITALIA CHI  
HA BISOGNO DI CURE  
POSTOPERATORIE»**

## LA SENTENZA

ROMA Un immigrato senza permesso di soggiorno non può essere espulso dal nostro Paese se ha seri problemi di salute. Lo ha deciso la Corte di cassazione accogliendo il ricorso di una signora peruviana che si era opposta al decreto di espulsione firmato dal prefetto di Roma il dieci aprile del 2015, e che era stato anche "convalidato" dal Giudice di pace della Capitale nel luglio dello stesso anno. La donna si è rivolta alla Suprema corte sostenendo che «a fronte della deduzione di motivi di salute ostativi all'espulsione, derivanti dalla necessità di osservare un rigido protocollo postoperatorio conseguente a un intervento chirurgico di asportazione di ovaie, tuba, utero e linfonodi a causa di un tumore», non era in condizioni di rispettare il foglio di via, visto l'importanza dell'operazione subita. Il giudice aveva obiettando che Miluska L.J.D. «sebbene lamentasse problemi di salute, non aveva chiesto alcun permesso in merito».

Ma gli ermellini hanno comunque ritenuto che il reclamo della peruviana fosse «fondato» e hanno bloccato il suo viaggio di ritorno "forzato" verso il Sudamerica. Le ragioni le hanno spiegate nella sentenza numero 13252. «La garanzia del diritto fondamentale alla salute del cittadino straniero, che comunque si trovi sul territorio nazionale - hanno scritto - impedisce l'espulsione di colui che dall'immediata esecuzione del provvedimento potrebbe subire un irreparabile pregiudizio, dovendo tale garanzia comprendere non solo le prestazioni di pronto soccorso e medicina d'urgenza, ma anche tutte le altre prestazioni essenziali per la vita». Così l'espulsione è stata annullata con rinvio al Giudice di pace che dovrà riesaminare il caso e attenersi al principio enunciato dalla Cassazione.

## IL PRECEDENTE

Già in passato piazza Cavour si era espressa in tal senso, respingendo l'espulsione di un immigrato irregolare tunisino affetto da aids che aveva bisogno di particolari terapie. L'extracomunitario aveva documentato, con una cartella clinica redatta nel Carcere di Opera dove era stato detenuto e atti provenienti dall'Ospedale Maggiore, di essere stato sottoposto a terapia antiretrovirale, e aveva illustrato anche la «assoluta inadeguatezza della terapia

somministrata dal servizio sanitario tunisino all'atto del rimpatrio». La Suprema corte aveva concluso che il giudice di pace aveva commesso un "errore di diritto" e la sua decisione era apparsa «decisamente carente sia nel non aver esaminato i termini assunti a confronti sia nell'aver accollato a paziente affetto da grave sindrome Hiv l'onere di dimostrare che le terapie di rimpatrio non sarebbero equipollenti a quelle praticate in Italia».

Nel frattempo, in Italia sono ricominciati gli sbarchi: 1.262 migranti sono stati tratti in salvo nella giornata di ieri nell'ambito di operazioni di soccorso coordinate dalla Centrale operativa della Guardia costiera a Roma del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti. I migranti erano a bordo di sette gommoni, un barcone e un piccolo natante, a 45 miglia a nord dalle coste della Libia. E molti altri sono attesi nelle prossime ore.

**Cristiana Mangani**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo schema di Dpcm che abroga i Livelli essenziali di assistenza del 2001 inviato da [Lorenzin](#) ai governatori

# I nuovi Lea sulla rampa di lancio

Appropriatezza e innovazione le priorità - Protesi e ausili riscritti - Budget da 772 mln

**T**rentanove pagine di testo generale che, in 63 articoli, mandano in soffitta il Dpcm del 29 novembre 2001 e molti altri provvedimenti in vigore. Diciassette allegati che innovano in tutto o in parte sia liste chiuse di prestazioni sia aree di attività. Si riscrivono così i criteri dei nuovi Lea: la prima bozza di febbraio 2015 era andata in sordina per contrasti sui budget stimati, blindatura in legge di Stabilità e check serrato da parte della Ragioneria dello Stato. Ora, forse, ci siamo: il testo inviato dalla ministra della Salute [Beatrice Lorenzin](#) alle Regioni identi-

ca i tre Lea "prevenzione collettiva e sanità pubblica", "assistenza distrettuale" e "assistenza ospedaliera". E contiene, rispetto al Dpcm che abroga, una serie di novità in gran parte già previste nella prima versione. Mentre il costo, quasi raddoppiato rispetto ai 415 milioni di euro preventivati inizialmente dal ministero e blindato con gli 800 mln destinati dalla legge di Stabilità 2016 nell'ambito del Fsn - impatto stimato 771,8 mln - riflette almeno in parte le richieste delle Regioni.

GOBBI A PAG. 2-3

Nuova versione dei Livelli essenziali di assistenza inviati dalla ministra [Lorenzin](#) alle Regioni

# Lea, rilancio a quota 772 mln

Appropriatezza e innovazione le priorità - Focus su Drg, protesi, Pma

**T**rentanove pagine di testo generale che, in 63 articoli, mandano in soffitta il Dpcm del 29 novembre 2001 e «numerose altri provvedimenti attualmente in vigore», si legge nella Relazione illustrativa. Diciassette allegati che entrano nel dettaglio innovando in tutto o in parte sia liste chiuse di prestazioni sia aree di attività.

Si riscrivono così i criteri dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, attesissimi e in stand-by da 16 mesi, quando il quotidiano digitale Sanità24 anticipò, a febbraio 2015, una prima versione poi andata in sordina per contrasti sui budget stimati, blindatura in legge di Stabilità e check serrato da parte della Ragioneria generale dello Stato. Ora, forse, ci siamo: il testo inviato dalla ministra della Salute [Beatrice Lorenzin](#) alle Regioni, che Sanità24 è stato di nuovo in grado di anticipare, identifica i tre Lea "prevenzione collettiva e sanità pubblica", "assistenza distrettuale" e "assistenza ospedaliera" (in pagina pubblichiamo le schede su oneri ed entrate preventivati). E contiene - rispetto al Dpcm

che abroga, proponendosi come atto «costitutivo» e come «fonte primaria per la definizione delle attività, dei servizi e delle prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Ssn» - una serie di novità. In gran parte già previste nella prima bozza di inizio febbraio 2015. Mentre il costo, quasi raddoppiato rispetto ai 415 milioni di euro preventivati inizialmente dal ministero e blindato con gli 800 milioni destinati dalla legge di Stabilità 2016 nell'ambito del Fondo sanitario nazionale - impatto complessivo stimato 771,8 milioni - riflette almeno in parte le richieste delle Regioni. Non tutte, c'è da scommetterci. E già dall'invio del nuovo testo è scaturita una minipolemica in guanti bianchi tra governatori e ministra [Lorenzin](#), che sollecitava le Regioni a snellire le procedure di approvazione.

**I contenuti.** Tra le principali novità, i nuovi nomenclatori su assistenza protesica e specialistica ambulatoriale. I criteri? Bando all'inappropriatezza e largo alle tecnologie avanzate, come i supporti informatici per le persone con



capacità comunicative molto ridotte e le protesi acustiche digitali.

Il nuovo nomenclatore sull'assistenza protesica ridefinisce la disciplina di erogazione dei presidi, a partire dal contenuto dell'elenco delle protesi e ortesi "su misura" e dell'elenco degli ausili di serie, a loro volta inseriti in due sottinsiemi in base all'esigenza o meno di un tecnico per l'applicazione o messa in uso. Se spetterà a una separata intesa Stato-Regioni da approvare insieme al nuovo Dpcm Lea le modalità di erogazione, lo schema di testo include intanto tra i beneficiari quanti sono ancora in attesa di accertamento di invalidità ma che abbiano una necessità urgente, ma anche i malati rari, le persone in Adi con disabilità temporanea. Gli erogatori di protesi andranno accreditati; si conferma la remunerazione in base a tariffe predeterminate.

Punta dritto all'appropriatezza clinica il nomenclatore

della specialistica ambulatoriale: per un «numero ridotto» di prestazioni scattano condizioni di erogabilità analoghe alle note Aifa, vincolanti ai fini dell'inclusione nei Lea, per altre si individuano indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Il medico prescrittore ha l'obbligo di riportare sulla ricetta diagnosi o sospetto diagnostico. Le prestazioni di Pma (procreazione medicalmente assistita), oggi erogabili solo in regime diurno, sono «chiaramente individuate»; mentre è una new entry assoluta la consulenza genetica per quanti si sottopongono a un'indagine utile a confermare o escludere un sospetto diagnostico.

Le cure ai denti attuano il decreto legislativo 502/1992: l'allegato 4C dei nuovi Lea identifica per ogni prestazione i possibili beneficiari: minori, persone con vulnerabilità sanitaria e sociale.

Dove non è possibile prevedere nomenclatori, le pre-

stazioni si declinano per aree di attività. Come nel sociosanitario: si procede in base a livelli di attività e impegno assistenziale. Sono, per esempio, i casi dell'Adi (4 livelli progressivi di intensità) e dell'assistenza residenziale ai malati cronici non autosufficienti (3 tipologie in funzione delle caratteristiche delle strutture e della disponibilità di personale adeguato, previa valutazione multidimensionale in vista di una presa in carico appropriata).

Per l'area del welfare vengono poi declinate le principali aree di attività dei consultori familiari, dei Centri salute mentale, dei servizi per i minori con problemi neuropsichiatrici, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi, dei servizi per le dipendenze patologiche.

L'area dell'assistenza ospedaliera vede l'esplicitazione dei criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero. In particolare, si amplia la lista

dei 43 Drg potenzialmente inappropriati, con l'inserimento degli ulteriori 65 già individuati nel Patto salute 2010-2012 (le Regioni firseranno percentuali di ricovero e misure disincentivanti) e si avvia un analogo processo (prescritto dallo stesso Patto salute) in funzione pro appropriatezza per le 24 procedure trasferibili "a pacchetto" (pre e post intervento) da day surgery ad ambulatorio.

Aggiornati gli elenchi delle malattie croniche e delle patologie rare: sono 110 in più; il nuovo elenco sostituisce integralmente il precedente.

Sei le "nuove" malattie croniche esenti dalla partecipazione alla spesa: Bpco da moderata a grave, rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, endometriosi (stadi III e IV), malattie renali croniche e sindrome da talidomide.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'impatto complessivo (in milioni di euro)	
Livello di assistenza	Impatto netto
<b>Assistenza sanitaria collettiva</b>	<b>220,2</b>
• Completamento Piano nazionale vaccini 2012-2014	34,0
• Attività di prevenzione rivolta alle persone (nuovi vaccini Pnpv)	186,2
<b>Assistenza distrettuale</b>	<b>571,4</b>
• Specialistica ambulatoriale	380,7
• Assistenza integrativa e protesica	179,7
• Particolari categorie	11,0
<b>Assistenza ospedaliera</b>	<b>-19,8</b>
<b>Totale impatto</b>	<b>771,8</b>

**Farmindustria  
cerca governance**

**L'**orgoglio sono una produzione al top da 30 mld, l'export da 23 mld, l'occupazione che sale, gli investimenti a 2,6 mld. Ma Farmindustria vuole subito la nuova governance: arriverà con la manovra 2017.

TURNO A. PAG. 8

**L'ASSEMBLEA DELLE IMPRESE**

## Farindustria: «Ora la nuova governance» Il Governo: «Con la legge di Stabilità 2017»

I simboli dell'orgoglio sono una produzione al top europeo da 30 miliardi, l'export che macina primati e che ha toccato i 23 miliardi, l'occupazione che cresce, gli investimenti che lievitano a 2,6 miliardi (1,4 in R&S). Il riconoscimento è al Governo che ha garantito due anni di stop a tagli e cambi di regole. Il futuro è uno «tsunami» della farmacologia che cambierà (in meglio) i destini di donne e uomini. Ma il presente è l'isola che in Italia non c'è, e che le industrie fortissimamente vorrebbero: la nuova governance della farmaceutica pubblica che sappia guardare avanti e gettarsi alle spalle i preconcetti e punti tutto su innovazione, sviluppo, occupazione.

In poche parole, quella ripresa dell'economia italiana - che non c'è - di cui le industrie del pharma si sentono protagoniste. «La voglia d'Italia non è mai stata così forte come adesso, noi vogliamo continuare a credere nel Paese», assicura il presidente di Farmindustria, **Massimo Scaccabarozzi**. Ma «adesso ci aspettiamo che la governance arrivi presto, esattamente come il premier **Matteo Renzi** e la ministra **Beatrice Lorenzin** l'hanno prospettata ai Ceo mondiali delle industrie farmaceutiche qui in Italia».

Con una carezza al Governo, ma allo stesso tempo con una bacchettata in piena regola alle Regioni che sulla governance del farmaco Ssn la pensano ben diversamente, sul tavolo dell'assemblea pubblica di Farmindustria svoltasi a Roma, ha fatto irruzione la partita delle partite per il settore: la politica e il modello di gestione della spesa farmaceutica. Tanto più attuale, l'argomento, perché avviene proprio nel momento in cui il Governo ha appena varato il decreto legge per il pay back da quasi 1,8 mld a carico delle imprese per il superamento del budget della farmaceutica ospedaliera pubblica nel triennio 2013-2015. In forme che si pensa scatenano una nuova valanga di ricorsi amministrativi, ma che la governance riveduta e corretta dovrebbe a sua volta modificare. Ma solo dal 2017.

E del resto, ieri il Governo ha confermato - senza sbilanciarsi sui contenuti - che la riforma ci sarà. Lo ha garantito **Lorenzin**: «Siamo pronti alla riforma, anche per rendere l'Aifa sempre più efficiente. Abbiamo vari appuntamenti di riflessione, fino alla legge di stabilità c'è tempo».

Governance sì, dunque, conferma il Governo, e chissà come. Per un appuntamento con la manovra 2017, come ha ribadito il sottosegretario alla presidenza del Consiglio, **Claudio De Vincenti**, il deus ex machina sulla farmaceutica per palazzo Chigi come già, a suo tempo, allo Sviluppo economico: «La riforma della governance della farmaceutica - ha aggiunto anche lui - arriverà entro il prossimo

31 dicembre».

Promesse che le imprese intanto incassano con favore, ma con naturale cautela. Di mezzo ci sono da capire i contenuti veri della riforma che sarà. E quanto potranno pesare nelle scelte le regioni, tanto più in base all'esito del referendum costituzionale dei primi di ottobre. Scaccabarozzi e tutto il mondo del pharma made in Italy, presente in grandi forze all'assemblea pubblica, naturalmente, non hanno nascosto quel che si aspettano. Almeno su cinque punti principali calcano la mano: un finanziamento «adeguato» alla domanda (in crescita) di salute, più valore da assegnare alla prevenzione, risorse specifiche da garantire per l'innovazione, l'altolà ai tetti di spesa. E per ultimo, far pesare il costo dei farmaci in quelli totali per le terapie (ad esempio per i costi dei ricoveri). Sarebbe una rivoluzione. Ma non solo, rilancia ancora il presidente di Farmindustria: «Chiedo - la proposta fatta da Scaccabarozzi - che il valore attuale del pay back sia destinato agli investimenti in ricerca e produzione».

«Siamo campioni di produttività e pronti a diventare i primi nella produzione in Europa, superando la Germania che ormai talloniamo», rivendica Scaccabarozzi. Accomunando le multinazionali come le imprese italiane, grandi, piccole o medie che siano. Ricordando i successi nella ricerca clinica o quelli sui vaccini. Ma per farcela, per portare ancora acqua al mulino della crescita italiana, serve un cambio di passo. Quello che vada incontro al «rinascimento della ricerca alle porte», al nuovo modo di fare «industria 4.0», che è già una realtà delle nostre imprese». Perché l'Italia del pharma i suoi successi li sta conquistando sul campo. A livello internazionale: la prima terapia genica approvata al mondo con cellule staminali, frutto di una partnership pubblico privato tra un'impresa multinazionale, un ospedale privato e la Fondazione Telethon. Non a caso lunedì Palazzo Chigi ha prestato una sua sala per illustrarla.

**Roberto Turno**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

## Ingegneria genetica: sì al primo studio sugli umani

*Al via negli Usa trial clinico con la tecnica di editing CRISPR per combattere il cancro*



**NICLA PANCIERA**

Semaforo verde per la prima sperimentazione clinica sugli esseri umani per la tecnica di ingegneria genetica CRISPR-cas9. Il via libera dei National Institutes of Health statunitensi è arrivato la settimana scorsa, con un certo anticipo sui tempi, studi di questo tipo essendo attesi non prima del 2017.

### **MODIFICARE LE CELLULE IMMUNITARIE DEL PAZIENTE STESSO**

Sarà l'Università della Pennsylvania a condurre su 18 pazienti lo [studio pilota](#) finalizzato ad appurare la sicurezza della tecnica e non, ancora, la sua efficacia clinica. Ai linfociti T rimossi dai soggetti, affetti da melanoma, sarcoma o mieloma, verranno apportate delle modifiche genetiche per rendere queste cellule del sistema immunitario più aggressive contro il tumore. Una volta modificate, le cellule verranno reintrodotte nei pazienti donatori.

### **GLI INTERVENTI DI EDITING GENETICO**

Le modifiche genetiche che verranno effettuate su due geni delle cellule T dei pazienti

stessi mirano ad aumentarne la potenza e l'efficacia; consistono nell'inserimento di un gene che codifica per un proteina che potrebbe rendere il sistema immunitario più abile nell'identificare le cellule maligne e nel silenziamento di un gene che codifica per una proteina che invece può interferire con questo processo. L'altro intervento di modificazione mira ad impedire la sintesi di una proteina che permette al tumore di disattivare i linfociti.

### **I PROSSIMI PASSI**

Ottenuto il via libera dal [Recombinant DNA Research Advisory Committee](#) (RAC), la commissione dell'NIH creata nel 1976, lo studio di sicurezza dovrà ricevere il nulla osta della Food and Drug Administration (FDA) e dei comitati etici degli ospedali che avranno in cura i pazienti reclutati oltre che alla Upenn, anche al MD Anderson Cancer Center in Texas e alla University of California a San Francisco UCSF. Il trial, finanziato dal [Parker Institute for Cancer Immunotherapy](#), una recente iniziativa del fondatore di Napster Sean Parker, avrà una durata di due anni.

## A CIAMPINO L'INCONTRO «VOLANTE» CON BILL GATES

### Il fondatore di Microsoft: «Grazie Italia per gli aiuti»

Dopo l'intervento alle Camere sul Consiglio europeo di oggi, prima di prendere il volo a Berlino per il vertice sulla Brexit Matteo Renzi riesce anche a vedere all'aeroporto di Ciampino il fondatore di Microsoft, Bill Gates. Un incontro tra due importanti contributori al Global Fund, il fondo internazionale che lotta contro pandemie come l'Aids, la tubercolosi e la malaria nei Paesi in via di sviluppo. Il governo italiano, infatti, per il prossimo triennio ha aumentato lo stanziamento da 100 a 130 milioni. La fondazione - presieduta da Gates con la moglie Melinda - partecipa in questi giorni a un evento a Roma. «Ringrazio Renzi e l'Italia per la generosità nel ridurre le disuguaglianze nella salute mondiale e far sì che ogni persona possa vivere in salute e qualità», ha detto Gates in una conferenza stampa all'Istituto superiore di sanità, cui ha preso parte anche il ministro della Salute, [Beatrice Lorenzin](#).



**Il Tar conferma la sentenza: il ministero paghi 250mila euro di risarcimento a una famiglia siciliana**

## Il tribunale si fa scienziato: «Bimbo autistico a causa del vaccino»

■■■ Un giudice si trasforma in scienziato e stabilisce che esiste un nesso tra autismo e vaccino. L'opposto che esperti in materia di tutto il mondo da anni vanno ripetendo.

A stabilire il contrario, nella vicenda in questione, è stato prima il tribunale civile di Agrigento, che ha «riscontrato» nel vaccino la causa dell'autismo in un bambino sottoposto nel 2000 alla tetravalente (il vaccino per proteggersi da difterite, tetano, pertosse ed epatite B) riconoscendo alla famiglia un danno quantificato in 250 mila euro a carico del ministero della Sanità e mai pagato. Ora di mezzo ci si è messo il Tar della Sicilia che, forte della sentenza del tribunale civile, ha imposto al ministero guidato da **Beatrice Lorenzin** che ha pubblicamente dichiarato di aver vaccinato i suoi gemelli nati lo scorso settembre) di mettere mano al portafogli e liquidare la famiglia per il danno subito. Con tanto di interessi, pena il commissariamento ad acta. La storia del ragazzo agrigentino inizia nel 2006 quando i genitori chiedono di accedere ai servizi assistenziali per il piccolo. Una commissione ospedaliera a Palermo lo visita, al bambino viene diagnosticato "il disturbo pervasivo dello sviluppo" insorto a seguito di vaccinazione. Ma giudicano "intempestiva" la domanda e la rigettano. La famiglia fa ricorso, il ministero però rigetta di nuovo, negando il nesso di causalità e non che la domanda fosse fuori tempo massimo. I due coniugi si rivolgono al tribunale civile di Palermo che, accogliendo il ricorso, condanna il **Ministero della Salute** al pagamento in favore dei ricorrenti dell'indennizzo previsto dalla legge, oltre interessi dalla data di maturazione ed alla rivalutazione monetaria. La sentenza, sebbene passata in giudicato viene eseguita. Perciò marito e moglie, assistiti dall'avvocato Girolamo Rubino, si sono rivolti al Tar che ha accolto la loro richiesta. Di più il ministero ora rischia l'invio di un commissario ad acta e dovrà pagare pure la mora per ogni mese di ritardo trascorso e quelli che verranno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MEDICINA.** Dopo la sentenza del Tar siciliano che ha imposto un risarcimento per un ragazzo affetto da autismo, interviene Giovanni Corsello, presidente dei pediatri italiani

# Corsello: «Le mamme vaccinano i bambini Aumentano i casi di morbillo e varicella»

➤ «Si alimenta una paura immotivata che porta i genitori a non sottoporre più i propri figli all'immunizzazione



**Non solo si rischia di esporre il bimbo a malattie gravi ma a diffondere il virus**

**Nell'Isola, aumentano i bambini che si ammalano di morbillo o di varicella, malattie che fino a qualche anno fa avevano una buona copertura. Anzi, l'Isola veniva portata ad esempio da altre Regioni.**

**Carmelo Nicolosi**

PALERMO

Storicamente, la Sicilia è stata all'avanguardia nei Piani Vaccinali. E sono state vinte malattie prima endemiche. Oggi, accade un fenomeno difficile da capire, se non con la cattiva informazione antiscientifica, soprattutto sul web, e sull'errata convinzione di molti genitori che, o le vaccinazioni facciano male o che è inutile farle per malattie che ormai si vedono poco. E scattano i rifiuti, tanti. E su scala regionale, sono migliaia i genitori contattati che non si presentano. Un fenomeno che sta assumendo toni di preoccupazione. E, nell'Isola, aumentano i bambini che si ammalano di morbillo, di varicella, malattie che fino a qualche anno fa avevano una buona copertura. Anzi, l'Isola veniva portata ad esempio da altre Regioni.

Per somma di cose, arriva la sentenza del Tar della Sicilia che impone al [ministero della Salute](#)

un risarcimento a un ragazzo autistico di Agrigento, di 250 mila euro. Nel 2000 fu vaccinato col tetravalente contro difterite, tetano, pertosse, epatite B. Una sentenza del tribunale civile di Agrigento accostava la vaccinazione all'insorgenza dell'autismo, cosa esclusa da tutte le società scientifiche del mondo. Va ricordato che una sentenza simile era stata emessa dal tribunale di Rimini qualche anno fa, poi ribaltata da quello di Bologna.

«Purtroppo, la sentenza definisce come certa una correlazione che, invece, dal punto di vista scientifico non ha alcun fondamento. Oggi, ci sono le prove che tra autismo e vaccini non c'è alcuna relazione», puntualizza il professore Giovanni Corsello, presidente della Società Italiana di Pediatria.

••• **L'autismo è aumentato negli ultimi anni.**

«È sicuramente una patologia più frequente, rispetto ad alcuni anni fa. Le cause sono molteplici, agiscono prima che comincino le vaccinazioni e non sono affatto influenzate da queste. Né da quelle del primo anno, né da quelle del secondo».

••• **Così si alimenta nei genitori la paura verso le vaccinazioni.**

«Certamente. Si alimenta una paura del tutto immotivata e si diffonde confusione tra le famiglie. I genitori esitano o addirittura evitano di vaccinare i propri

figli e le conseguenze sono quelle alle quali stiamo assistendo: un calo delle coperture vaccinali, il riemergere di malattie infettive che si possono controllare in modo efficace solo con le vaccinazioni, un fenomeno che non può non preoccupare perché espone i nostri bambini a malattie anche gravi e potenzialmente mortali».

••• **Ma un giudice come può sentenziare su argomenti di natura medico-scientifica?**

«È un'anomalia del sistema. Talora alcune consulenze tecniche non sono perfettamente aggiornate. Ecco che possono essere espresse delle correlazioni che, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, risultano infondate. Questi argomenti andrebbero affrontati in contesti consolidati a dare le giuste risposte. E nel caso dei vaccini le risposte ci sono. Abbiamo le evidenze che non possono provocare autismo o altre malattie neurologiche».

••• **Il calo della profilassi vaccinale arreca danno a tutta la comunità...**

«Il calo delle vaccinazioni, non solo lascia esposto il bambino al rischio di malattie anche gravi, ma contribuisce alla circolazione



dei virus, espone la collettività ad epidemie, assumendo il carattere di problema di salute pubblica. La gente pare abbia dimenticato che, proprio grazie ai vaccini, sono state sconfitte o allontanate malattie come il vaiolo, la poliomielite, la difterite, il tetano, l'epatite B, malattie letali o che lasciavano segni drammatici. E non occorre dimenticare che il pericolo sta sempre dietro l'angolo».

••• **L'intervento delle società scientifiche quanto può pesare in tal senso?**

«Abbiamo chiesto, più volte, non solo noi come società scientifica pediatrica, ma anche altre come quelle d'Igiene, medicina preventiva, che i giudici tengano conto dei risultati e delle evidenze consolidate nella letteratura internazionale». (\*CN\*)



Un bambino viene vaccinato: sempre più numerosi i casi in cui i genitori sottraggono i figli all'obbligo della profilassi



Giovanni Corsello