



RASSEGNA STAMPA

07-07-2016

1. SOLE 24 ORE Lorenzin: al Servizio sanitario nazionale 2 mld in più nel 2017
2. STAMPA Farmaci supercostosi che curano pochi e la Sanità rischia il crac
3. CORRIERE.IT Cure palliative precoci, meno depressione per familiari e malati
4. QUOTIDIANO SANITÀ Nuovi Lea. Le Regioni pronte al via libera
5. AVVENIRE «Nuovi Lea, Regioni pronte Ma 800 milioni basteranno?»
6. ITALIA OGGI Si alla pubblicità di farmaci anche se non da banco
7. ILSOLE24ORE.COM Corsi di laurea a numero chiuso: dal Miur le disponibilità definitive
8. AVVENIRE Medicina e Chirurgia, i posti salgono a 9.224
9. QUOTIDIANO SANITÀ Auto-assicurazione delle aziende sanitarie. Una soluzione che solleva perplessità
10. DOCTOR 33 Agenas, Luca Coletto (Veneto) è il nuovo presidente
11. SOLE 24 ORE Dossier per le agenzie Ue a Milano
12. QUOTIDIANO SANITÀ Brexit. Ema: “Nostro lavoro non influenzato da referendum. Su sede aspettiamo decisione degli Stati”
13. ANSA Zika, un test da soli 2 dollari per sapere se si è infettati
14. AVVENIRE Coppie infertili un caso ogni 5

Sanità. «Tassa di scopo sulle sigarette»

Lorenzin: al Servizio sanitario nazionale 2 mld in più nel 2017

LIVELLI DI ASSISTENZA

Dai governatori oggi via libera per gli ultimi mesi dell'anno ma revisione nel 2017 con un delisting di prestazioni

Roberto Turno

ROMA

■ Nonostante i timori per la finanza pubblica del dopo Brexit, già fa pressing su Palazzo Chigi ed Economia in vista della Stabilità 2017 per garantire 2 miliardi in più al **Servizio sanitario nazionale**. Rilancia la proposta di una "tassa discopo" di cent a sigaretta per finanziare i farmaci innovativi a partire da quelli oncologici. E sta per incassare dalle Regioni un via libera parziale per l'ultimo scorcio dell'anno dei Lea (livelli essenziali di assistenza), per poi ricalibrarli e misurarne l'effettivo impatto finanziario il prossimo anno. La ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, si prepara a un'estate e un'autunno-inverno sugli scudi.

Al convegno organizzato ieri a Roma da Fiaso, la federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere presieduta da Francesco Ripa di Meana, ha rivelato le prossime mosse in cantiere del suo ministero. «Io credo - ha detto - che i 2 miliardi in più previsti dal Def ci vogliono tutti, perché abbiamo delle priorità che sono di quelle dimensioni finanziarie». Già, ma tra il dire e il fare ci sono di mezzo la crescita del Pil in calo rispetto alle previsioni e un'economia che non cresce. E allora, come farcela davanti a un Governo che potrebbe rivedere le previsioni del Def? Lorenzin ha mostrato un cauto ottimismo: «Dobbiamo immaginare

come preservare quell'aumento. E spiegare - ha aggiunto, pensando all'Economia che tiene i cordoni della borsa - qual è la nostra impostazione e quanto sono necessarie le risorse per finanziare un sistema che deve cambiare e migliorare, senza sprechi o trucchi». Gli obiettivi sono numerosi: i farmaci, a partire dagli innovativi («ma riconoscendo la vera innovazione, finanziando secondo i risultati raggiunti»), la nuova governance del sistema, il personale («l'anima del Ssn»), la fine della morsa del turn over, i giovani laureati, la tecnologia. Un passo, in questo senso, sarà il via libera oggi in Stato-regioni del «Patto per la sanità digitale» (anticipato martedì 5 da Il Sole-24 Ore).

Anche sui Lea, da lungo tempo in freezer, Lorenzin è ottimista: «Saranno presto sbloccati, questione di giorni». In verità oggi i governatori proporranno di chiedere ai ministeri competenti che il Dpcm sia adottato per il 2016, e che per il 2017 la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza, aggiorni entro il 30 novembre il provvedimento effettuando il delisting delle prestazioni obsolete e le integrazioni necessarie per «mantenere la compatibilità tra risorse e prestazioni da erogare in maniera omogenea» in tutta Italia.

Infine la "tassa di scopo" sulle sigarette. «Penso che gli italiani capirebbero», ha premesso la ministra. L'idea è un aumento di un centesimo a sigaretta per finanziare i nuovi farmaci, a partire dagli oncologici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Italia degli sprechi

Un fiume di denaro che esce dalle casse dello Stato o che noi cittadini contribuiamo - letteralmente - a gettare nei rifiuti. Esempi? Cure costosissime di dubbia efficienza e alimenti buttati

I medicinali

Farmaci supercostosi che curano pochi e la Sanità rischia il crac

100

mila euro
Il costo per il sistema sanitario di un ciclo di cure per il cancro

15

per cento
La sanità pubblica garantisce servizi solo al 15 per cento dei 2,5 milioni di persone non autosufficienti

L'illusione

«Il cuore della questione farmaci è che nuovo non è sinonimo di innovativo», sostiene Giuseppe Traversa, dell'Istituto Superiore di Sanità

PAOLO RUSSO
ROMA

Da un lato uno spreco che rischia di mandare in bancarotta il nostro servizio sanitario nazionale, con prezzi da 100mila euro a ciclo terapeutico spuntati da farmaci che giustificano solo il 16% dei loro costi stratosferici con l'effettivo miglioramento dei pazienti. Dall'altro un pubblico che non riuscendo a contenere le liste d'attesa spinge sempre più Italiani a provvedere di tasca propria. Anche perché solo il 15% dei 2,5 milioni di non autosufficienti ha garantiti i servizi pubblici che gli spettano e il 45% delle visite specialistiche è oramai a pagamento. Pur se va detto che nonostante le accuse di inefficienze e sprechi la bistrattata sanità pubblica tiene, come dimostra il 68,5% dei casi di miglioramento delle performance sanitarie valutate su 92 indicatori.

E' "Lo stato di salute della sanità italiana" diagnosticato ieri a Roma in un forum ed esperti del settore organizzato da Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali, in occasione della sua Assemblea nazionale.

«Il cuore della questione farmaci è che nuovo non è sinonimo di innovativo», sostiene Giuseppe Traversa, dell'Istituto

superiore di Sanità. Affermazione supportata dai dati della prestigiosa rivista *Jama oncology*, che mostrano come il prezzo dei costosissimi nuovi farmaci oncologici sarebbe solo per un 13-16% giustificato dai miglioramenti in termini di salute. Per uscirne gli esperti propongono di legare i prezzi agli aumenti di aspettativa di vita acquisiti con le nuove terapie o, come stanno facendo molti Stati Usa, correlarli agli effettivi investimenti in ricerca. Intanto il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin si dice pronta a sostenere nel Governo la proposta del ticket di un cent a sigaretta per finanziare l'acquisto dei nuovi medicinali oncologici. «Fermo restando - aggiunge - siamo pronti a pagare l'innovazione vera, non quella finta».

Intanto anche la crescita della spesa sanitaria privata, arrivata a quota 33 miliardi, sembra inarrestabile. Con servizi pubblici garantiti solo al 15% dei 2,5 milioni di non autosufficienti. Percentuale che per l'odontoiatria scende al 5%. Mentre il 45% delle visite ambulatoriali è pagata di tasca propria dagli assistiti, così come il 40% delle prestazioni riabilitative e il 70% delle visite ginecologiche.

E se i cittadini spendono di più lo Stato italiano investe

sempre meno in sanità rispetto ai big europei. Tant'è che le proiezioni dell'economista Federico Spandonaro, Presidente del Crea sanità, dicono che la forbice è destinata ad allargarsi nei prossimi due anni, fermandosi a 2.200 euro pro capite in Italia contro i circa 3.700 dell'Ue a 14 Stati. Con un razionamento che per i farmaci è già iniziato, dato che il 32% delle nuove molecole registrate dall'Agenzia europea del farmaco da noi non è mai arrivato. Questo mentre i numeri presentati dal presidente di Fiaso, Francesco Ripa di Meana, dicono che il tasso di obsolescenza tecnologica dei nostri ospedali è passato dal 70 all'80% in quattro anni. «Come manager siamo stati in prima fila nel raccogliere la sfida di fare meglio con meno, ma ora - conclude - è necessario cambiare passo, investendo in innovazione e nell'autonomia gestionale delle Aziende sanitarie».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



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

LO STUDIO

Cure palliative precoci, meno depressione per familiari e malati

Un'indagine americana condotta su caregivers di pazienti oncologici inguaribili mostra l'utilità di iniziare subito con terapie che controllano i sintomi della malattia e il dolore
di Vera Martinella



Introdurre le cure palliative accanto ai trattamenti anticancro «tradizionali» fin dall'inizio dell'iter terapeutico, subito dopo la diagnosi, migliora la qualità di vita e diminuisce la depressione dei familiari che accudiscono un malato di tumore. A questa conclusione è giunto uno studio che ha analizzato i dati relativi a quasi 300 famiglie di pazienti inguaribili ed è stato presentato durante l'ultimo convegno della Società Americana di Oncologia Clinica (Asco), tenutosi nelle scorse settimane a Chicago. «Le cure palliative “precoci” si stanno ormai dimostrando, in modo sempre più convincente, capaci di controllare anche i sintomi più complessi di questi malati - commenta Carlo Peruselli, presidente della Società Italiana Cure Palliative -. I risultati di questo studio confermano e rafforzano ulteriormente gli esiti di numerose altre ricerche simili: in caso di una patologia neoplastica non più guaribile, avviare le cure palliative dal primo momento migliora la qualità della vita di pazienti e familiari, aiuta i malati a comprendere meglio la propria prognosi e a fare di conseguenza scelte terapeutiche motivate, favorisce una maggiore appropriatezza dei trattamenti, riducendo le spese sanitarie e in alcune condizioni addirittura aumenta la durata della vita dei malati».

Una soluzione in cui vincono tutti

L'indagine ha coinvolto 275 caregivers (parenti o amici) di malati con una diagnosi recente di tumore polmonare o gastrico non guaribile. Una metà dei pazienti partecipanti allo studio ha ricevuto soltanto le terapie oncologiche standard, l'altra metà si è vista prescrivere in aggiunta cure palliative con lo scopo di

ridurre i sintomi della malattia e il dolore. A 12 e 24 settimane dall'inizio dei trattamenti i caregivers dei malati appartenenti al secondo gruppo (quello delle cure palliative) mostravano minori segni di depressione e sia un umore sia una qualità di vita migliori, merito - secondo gli autori della sperimentazione - della condizione migliore in cui vivevano i pazienti assistiti con terapie integrative. «È una di quelle situazioni che gli anglosassoni definiscono “win-win”, nella quale vincono tutti - continua Peruselli -: i malati che stanno meglio, pur in un condizione particolarmente difficile; i familiari, che si sentono meglio supportati in percorsi assistenziali spesso complessi; i sistemi sanitari, che riducono i costi garantendo nel contempo cure di elevata qualità e di comprovata efficacia».

Basta trattamenti aggressivi

«L'intervento precoce delle cure palliative deve essere garantito da equipe specializzate, in genere composte da medici palliativisti e infermieri preparati in questo tipo di interventi - continua l'esperto -. Serve grande attenzione alla valutazione e al trattamento dei sintomi, comprensione delle preferenze del malato rispetto all'informazione sulla diagnosi e sulla prognosi. Servono decisioni condivise sui trattamenti, pianificazione delle cure anche nelle fasi più avanzate di malattia e alla fine della vita, coinvolgimento costante dei familiari». In questo modo si potrebbero, insomma, anche risparmiare trattamenti aggressivi nella fasi terminali di malattia, che non solo non migliorano la qualità di vita dei malati, ma rappresentano anche un uso improprio delle risorse. «Molte ricerche lo hanno ormai dimostrato ed è tempo di spiegarlo chiaramente a malati e familiari - conclude Peruselli -: le cure palliative non riducono la durata della vita, se messe a confronto con opzioni più aggressive di trattamento. Sono proprio questi trattamenti aggressivi che potrebbero ridurre e non prolungare la durata della vita dei malati con patologie evolutive in fase molto avanzata. L'introduzione precoce delle cure palliative, che negli Stati Uniti sta sempre più diventando uno standard di intervento per quanto riguarda i malati con cancro non guaribile, viene ormai studiata e applicata anche in Italia, pur in presenza di una diffusione delle cure palliative ancora molto disomogenea sul territorio nazionale, malgrado la Legge 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi che purtroppo sono ancora disattesi in alcune regioni del nostro paese».

Mercoledì 06 LUGLIO 2016

Nuovi Lea. Le Regioni pronte al via libera. Saitta: "Partiamo subito. Ma si faccia monitoraggio su applicazione entro 30 novembre per vedere se 800 mln bastano"

La decisione sarà ufficializzata domani alla Conferenza delle Regioni. In questa intervista il coordinatore della Commissione salute ci anticipa le ragioni che hanno spinto le Regioni a "sbloccare" la partita dopo lo scambio di lettere tra [Lorenzin](#) e [Bonaccini](#). Ma sul finanziamento di 800 milioni previsti dalla stabilità 2016 i dubbi restano. Per questo servirà un tagliando entro la fine di novembre, prima della prossima finanziaria.

"Per noi i nuovi Lea possono partire subito, ma ad una condizione: che la commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea istituita nella scorsa Legge di Stabilità (composta da Ministero Salute, Mef, Iss, Agenas, Aifa e Regioni) lavori concretamente e in comune per monitorarne l'applicazione entro il 30 novembre e per valutare se per esempio le risorse (800 mln) sono sufficienti e le stime sono esatte". Ad affermarlo è il coordinatore degli assessori della commissione Salute delle Regioni, Antonino Saitta che ci ha anticipato (al termine di una riunione congiunta con la commissione Finanze sullo status dei nuovi Lea dopo il botta e risposta tra il Ministro Lorenzin e il presidente Bonaccini delle scorse settimane) la posizione delle due commissioni che sarà all'ordine del giorno della Conferenza dei presidenti.

Il problema per Saitta è che oggi le Regioni non hanno dati certi e "ci stiamo basando su stime". E poi c'è la questione delle differenze regionali: "Alcune regioni già garantiscono alcune prestazioni presenti nei nuovi Lea, ma tra esse alcune le erogano in regime ospedaliero e altri in ambulatoriale, e poi ci sono le Regioni che invece non le erogano".

Il coordinatore chiarisce che le Regioni "hanno l'esigenza di avere dati concreti ed entrare nel merito in modo da poter fare anche delle modifiche in vista del 2017 se dovessero sorgere problemi. Ma in ogni caso alla commissione chiediamo anche di fare una vera e propria operazione di revisione e ordine anche valutando la possibilità di togliere alcune prestazioni".

E sui tempi per il monitoraggio (30 novembre), che sembrano oggettivamente strettissimi, Saitta fa presente come invece sia "possibile farcela se c'è un lavoro comune. E il nostro impegno è garantito e i nostri tecnici sono attrezzati".

Luciano Fassari



«Nuovi Lea, Regioni pronte Ma 800 milioni basteranno?»

«**P**er noi i nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza, ndr) possono partire subito, ma a una condizione: che la commissione nazionale per l'aggiornamento istituita nella scorsa legge di Stabilità (composta da Ministero Salute, Ministero dell'economia, Istituto superiore di sanità, Agenas, Agenzia italiana dal farmaco e Regioni) lavori concretamente e in comune per monitorarne l'applicazione entro il 30 novembre e per valutare se per esempio le risorse (800 milioni) sono sufficienti e le stime sono esatte». Ad affermarlo è il coordinatore degli assessori della Commissione Salute delle Regioni, Antonino Saitta, che al termine di una riunione congiunta con la Commissione Finanze sullo status dei nuovi Lea ha anticipato ieri a *Quotidiano Sanità* la posizione delle due commissioni che sarà all'ordine del giorno della Conferenza dei presidenti. Il problema per Saitta è che oggi le Regioni non hanno dati certi: «Ci stiamo basando su stime». Nei nuovi Lea è inclusa anche la fecondazione eterologa.



Sì alla pubblicità di farmaci anche se non da banco

Via libera alla pubblicità sulla medicine Sop, che si vendono senza prescrizione medica, anche se non rientrano fra gli Otc, vale a dire ai farmaci da automedicazione o da banco. E ciò perché, quanto alla tutela della salute pubblica, le due categorie sono messe sullo stesso piano laddove possono entrambe essere commercializzate in assenza di prescrizione. È vero: bisogna puntare a un consumo responsabile dei Sop, farmaci riservati al consiglio del farmacista, ma non è una buona ragione per vietarne del tutto la pubblicità; diversamente si finirebbe per valorizzare troppo i suggerimenti dei professionisti che operano negli esercizi con la croce verde, riconoscendo loro «un ruolo determinante che ai fini del consumo non è dato individuare». E quanto emerge dalla sentenza 7539/16, sezione terza quater del Tar Lazio.

Limiti rigorosi. *Accolto il ricorso di due aziende proposto per pubblicizzare un farmaco contro la tosse prodotto dall'una e distribuito dall'altra: annullato lo stop imposto dal ministero della salute, che pure in un primo momento aveva concesso l'autorizzazione ritenendo farmaco da banco il fluidificante e sedativo lanciato sul mercato dalle due imprese. L'amministrazione giustifica il suo nict spiegando che i farmaci Sop sono più pericolosi di quelli da banco, per questo sono riservati al consiglio del farmacista: dando il via libera alla promozione i consumatori potrebbero impuntarsi per avere proprio quelli prescindendo dai suggerimenti del professionista. In effetti al momento i clienti non possono prelevare direttamente dall'esposizione le medicine Sop, che devono invece essere consegnate dal farmacista. È vero, ammettono i giudici, la pubblicità può incrementarne il consumo, ma non dimentichiamo che se il consumatore chiede quel determinato farmaco acquistabile senza ricetta il farmacista risulta comunque tenuto a venderglielo. Insomma: per assicurare un consumo responsabile è sufficiente imporre rigorosi limiti ai messaggi pubblicitari. Spese di giudizio compensate per la novità della questione.*

Dario Ferrara



Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



6 lug
2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Medicina generale

Veterinaria

Ospedale

DAL GOVERNO

Corsi di laurea a numero chiuso: dal Miur le disponibilità definitive. Per Medicina 9.224 posti. In stand by la ripartizione tra Atenei

di Red. San.

I posti disponibili per le immatricolazioni ai corsi di laurea in Medicina e chirurgia sono complessivamente 9.224; i posti disponibili per Odontoiatria e protesi dentaria sono 908, mentre i posti per Veterinaria sono 655. Sono questi i numeri della programmazione definitiva dei posti per i corsi di laurea magistrale a ciclo unico ad accesso programmato nazionale di area sanitaria per l'anno accademico 2016/2017 comunicati dal Miur.

Negli scorsi giorni era stata pubblicata una tabella con le disponibilità provvisorie. A seguito di un incontro che si è tenuto ieri al ministero sono stati limati gli ultimi assetti. «Il numero dei posti per ciascun corso di laurea - spiega il Miur - è stato stabilito operando una mediazione tra il fabbisogno professionale espresso per ciascuna professione dal ministero della Salute, recepito nell'Accordo assunto in sede di Conferenza Stato-Regioni del 9 giugno 2016, e l'offerta formativa deliberata dagli atenei. I numeri programmati per ciascun corso di laurea sono più alti rispetto a quelli determinati in via provvisoria dal decreto dello scorso 30 giugno. Con successivi decreti sarà resa nota la ripartizione delle disponibilità per ciascuna università». Alle 16 del 5 luglio 2016 risultano iscritti al test 5.300 candidati per Medicina e Odontoiatria e 500 candidati per Veterinaria.

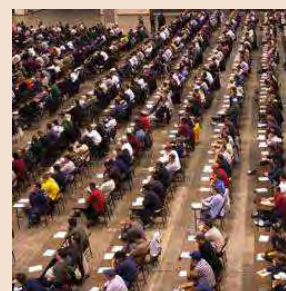
Come era prevedibile, il taglio operato sui posti a bando con il Decreto del 30 giugno è stato immediatamente ridotto dal Miur. A incidere sono state da una parte le proteste degli studenti e dall'altra le pressioni di alcuni Atenei contrari al taglio lineare del -7,5% su Medicina e del -30% su Veterinaria. Così, per Medicina il taglio si riduce al -3,5%, con soli 306 posti in meno rispetto ai 9.530 a bando lo scorso anno.

Resta tuttavia l'incognita della ripartizione dei posti per i singoli Atenei, perché neanche ieri al Miur sono riusciti a chiudere la procedura. Al ritardo accumulato, si aggiunge questa ulteriore proroga che non può trovare giustificazioni, data l'incidenza che ha sulle Università che devono indire i bandi senza tante integrazioni.

Sempre per accontentare studenti e Università, aumentano rispetto al Decreto del 30 giugno anche Odontoiatria da 850 a 908 con + 7,8%, che si aggiunge al precedente +14% di aumento sui 792 dello scorso anno 2015. E ancora maggiore è l'incremento su Veterinaria che, dal taglio del -30% fra i 717 posti del 2015 e i 502 del Decreto, passa a un taglio del -12,5%, arrivando quindi a 655. Così recupera altri 153 posti.

E anche in questi due casi di Odontoiatria e Veterinaria resta l'incognita della ripartizione per Ateneo. C'è da chiedersi dove sia finito tutto l'eccellente lavoro condotto dal Ministero della Salute sul progetto europeo "Joint Action".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORRELATI

DAL GOVERNO

05 Agosto 2015

Riforma Pa: sì al Polo unico

LAVORO E PROFESSIONE

04 Settembre 2015

Scocca l'ora dei test di

EUROPA E MONDO

02 Settembre 2015

Troppo competitività: nel

Brevi

UNIVERSITÀ Medicina e Chirurgia, i posti salgono a 9.224

Salgono a 9.224 i posti disponibili per i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia per il prossimo anno accademico. Come accaduto la scorsa estate, anche quest'anno il numero inizialmente comunicato dal Miur - 8.817 posti - è stato ritoccato al rialzo dopo un lavoro di mediazione tra il fabbisogno professionale segnalato dal ministero della Salute e l'offerta formativa degli atenei. L'incremento ha riguardato anche i posti nei corsi di laurea in Odontoiatria e Protesi e Veterinaria.



quotidianosanita.it

Mercoledì 06 LUGLIO 2016

Auto-assicurazione delle aziende sanitarie. Una soluzione che solleva perplessità

L'attuale sistema della responsabilità professionale medica si basa notoriamente sull'assicurazione obbligatoria, come le altre professioni. Orientamento mantenuto nel Ddl Gelli. Ma il rischio malpractice si concentra prevalentemente sulle aziende sanitarie che però faticano a trasferire quota significativa del rischio alle assicurazioni.

Il disegno Gelli torna dal Senato alla Camera con innumerevoli modifiche e rimane impostato sull'obbligo assicurativo dei medici. Pur in assenza di un mercato assuntivo adeguato. Peraltro il grosso del rischio di med-mal si concentra sulle aziende sanitarie. Che sono talora senza assicurazione (in c.d. auto-assicurazione). Oppure vengono garantite da polizze che coprono quota non prevalente del rischio med-mal. Ma allora dov'è la "medicina (obbligatoriamente) assicurata"?

Ma il rischio med-mal è effettivamente assicurato?

L'attuale sistema della responsabilità professionale medica (medical malpractice, in breve, med-mal) si basa notoriamente sull'assicurazione obbligatoria, come le altre professioni. Orientamento che è stato mantenuto anche nel corrente disegno di legge Gelli, ora di ritorno (con varie modifiche) dal Senato alla Camera, dopo la sua prima approvazione.

Ma il rischio med-mal si concentra prevalentemente sulle aziende sanitarie - come è logico - mentre i medici che esercitano la libera professione ne costituiscono una porzione ridotta. Ciò risulta dalla loro minore incidenza (meno del 50%, secondo i dati ANIA) nella sinistrosità complessiva su questo rischio. Infatti, salvo limitati casi di specialità a rischio elevato o di particolari profili professionali individuali, normalmente i liberi professionisti trovano la copertura assicurativa, seppure a tariffe assai dispendiose.

Al contrario, le aziende sanitarie faticano a trasferire quota significativa del rischio med-mal alle assicurazioni. La non disponibilità di un mercato assicurativo a condizioni accessibili - oggi fatto di premi elevati e franchigie così alte da marginalizzare la copertura assicurativa - genera questa ben nota situazione. Finisce così che una porzione decisiva rimanga a carico dell'[azienda sanitaria](#). Perciò, al di là dei proclami ufficiali e degli obblighi di legge, larga parte del rischio med-mal non è tecnicamente assicurato.

Queste brevi note intendono appunto evidenziare questo paradosso di consentire l'osservanza dell'obbligo assicurativo attraverso la [non-assicurazione](#). Dopo l'altro paradosso - già affrontato in questa testata - dell'obbligo assicurativo senza [mercato adeguato](#). Lo scopo è smontare il semplicistico alibi dei risarcimenti med-mal comunque garantiti, pur in assenza di coperture assicurative. Con le relative conseguenze di queste lacune. Nell'immediato, sulla responsabilità in capo alle aziende sanitarie. Nello sfondo, sull'efficienza del sistema sanitario.

Quali sono le dimensioni e le implicazioni di questo deficit di copertura?

Secondo le ultime [rilevazioni di Agenas](#) (ottobre 2015), delle venti regioni italiane, solo la metà ha sottoscritto delle polizze med-mal più o meno significative. Ossia con copertura di una quota apprezzabile dei sinistri, pur sempre con franchigie da 250mila o 500mila euro per sinistro. L'altra metà delle regioni si divide, a propria volta, in due ulteriori metà: cinque non hanno polizze e le altre cinque ce le hanno soltanto per rischi catastrofali, ossia con garanzia solo sui sinistri di valore superiore a 1 milione, o 1,5 milioni di euro.

Ne consegue dunque che una parte assai rilevante di rischio med-mal non è assicurato. Cioè esso sfugge alla rilevazione e misurazione del mercato, restando nei bilanci degli enti sanitari e delle regioni. In una parola, del contribuente. Certamente anche i premi assicurativi sono un costo per la collettività, ma il trasferimento del rischio ad un terzo (l'assicuratore) ne permette oggettivazione e misurazione, proprio per la quotazione che

esso riceve sul mercato finanziario. Questo monitoraggio economico permette di vigilare il rischio, evitando sue impennate, pena la sua insostenibilità e inassicurabilità.

Grazie a questo controllo esterno e terzo, si impongono correzioni di condotta, che diversamente non si adotterebbero, qualora il rischio restasse a carico dei bilanci pubblici. E' la lezione che insegna il mercato. Per questa ragione in altri paesi, come ad esempio gli Stati Uniti, pur essendovi una sinistrosità sanitaria non inferiore alla nostra, esiste un mercato assicurativo che sottoscrive il rischio med-mal benché a fronte di premi elevati.

Piaccia o no, i diritti hanno una inevitabile ricaduta economica e, se questa viene elusa, li si svuota di significato, lasciando spazio alla demagogia. O, detto diversamente, la sostenibilità è l'altra faccia della libertà economica. In ogni caso, se l'assioma della professione medica (come delle altre, per la verità) è "responsabilità obbligatoriamente assicurata", il grosso della med-mal è fuori dal perimetro di garanzia assicurativa. Il che pone dei seri interrogativi circa l'aderenza (anche) del nuovo disegno di legge alla realtà fattuale che intende regolare. Ma se il fulcro della norma si dimostra fuori asse, tutta la disciplina prevista allora perde senso e la norma finisce per restare lettera morta.

Come si è arrivati a questa situazione?

Di fronte la inappropriatazza della auto-assicurazione, come è successo che essa sia diventata una pratica tanto diffusa? La difficoltà di quotazione del rischio sanitario e l'elevato costo delle polizze med-mal hanno portato le regioni ad ovviare alla mancanza totale o parziale di copertura assicurativa con una scelta organizzativa interna alle aziende sanitarie.

Secondo una vulgata piuttosto diffusa, in ambienti della politica e dei vertici amministrativi, l'auto-ritenzione della med-mal sembra sia meglio adatta dell'assicurazione a risolvere le potenziali vertenze tra pazienti e servizio sanitario. La gestione e liquidazione interna del sinistro med-mal appare più tempestiva e si ritiene permetta un immediato risparmio di spesa regionale. Inoltre i medici si sentono complessivamente più tranquilli, maggiormente fiduciosi in un assessment interno dell'evento avverso, reso in tempo reale e, nella loro percezione, a più alto tasso tecnico-specialistico.

Per contenere, quindi, la spesa sanitaria, si ritiene di non ricorrere all'assicurazione. O, piuttosto, di limitarne notevolmente l'utilizzo.

Ora, per quanto tale linea sia coerente con l'indirizzo di riduzione della spesa pubblica e rispondente ai limiti di offerta assicurativa, ciò tuttavia non legittima di per sé la completa "autogestione del rischio".

La normativa attribuisce infatti alle misure alternative ("analoghe") alle polizze un ruolo di strumenti possibilmente complementari per la protezione degli interessi dei pazienti e dei sanitari dipendenti.

Le misure alternative – complementari o, in astratto, sostitutive delle coperture assicurative – si dimostrano comunque fonte di problematicità. I vertici delle aziende sanitarie vengono ad essere destinatari, con loro responsabilizzazione personale, del potere/dovere di realizzare un assetto organizzativo congruo, tale da consentire una garanzia sui sinistri med-mal, analoga a quella provvista dalla copertura assicurativa.

In relazione a quest'ultima ed alla sua disciplina, si dovranno poi ricavare i parametri di giudizio della correttezza, efficienza ed efficacia delle scelte in pratica attuate. Vediamo con quali implicazioni.

Il dato di base: l'obbligo delle aziende sanitarie di assicurare i propri dirigenti

Gli obblighi di trattamento dei dirigenti medici da parte delle aziende sanitarie sono previsti dalle norme sul pubblico impiego, che rinviano agli accordi collettivi per le disposizioni di maggior dettaglio.

Il contratto collettivo (C.C.N.L. 1998-2001 - area dirigenza medica) ed i successivi rinnovi dispone all'art.24 che l'azienda sanitaria mantiene un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti dell'area, comprese le spese di giudizio. Inoltre l'art. 17, c. 5, del contratto integrativo dell'area medica datato 6 maggio 2010, aggiunge che le Aziende assicurano una uniforme applicazione della disciplina contrattuale vigente in materia di copertura assicurativa della responsabilità civile, anche in coerenza con le risultanze della Commissione paritetica per la copertura assicurativa ex art. 18 del CCNL dell'ottobre 2008.

Tra l'altro l'obbligo delle aziende di garantire ai dipendenti una copertura assicurativa per responsabilità civile professionale sta a riequilibrare la situazione del medico dipendente, rispetto a quella degli omologhi pubblici funzionari. Il primo è infatti chiamato a rispondere già per "contatto sociale" ed è perciò discriminato rispetto ai secondi, censurati solo per colpa grave e dolo. E così tale garanzia assicurativa tutela la posizione del medico

dipendente.

Tanto quanto quella del paziente, vista in maniera speculare. Non si dimentichi infatti che la legge 148 del 2011, nel disporre l'assicurazione obbligatoria del professionista, impone di renderla nota al cliente (paziente) a sua tutela, perché stipulata nel suo interesse, oltre che della posizione del sanitario. La scelta di misure alternative ("analoghe") all'assicurazione, che soddisfino tale duplice requisito, incombe al capo-azienda sanitaria, ossia il direttore generale, cui spetta la valutazione della loro corrispondenza e maggiore opportunità/convenienza rispetto alle polizze.

La responsabilità dei vertici aziendali nella adozione di garanzie idonee, che siano polizze o misure "analoghe"

Ai vertici delle aziende sanitarie, nell'esercizio della loro autonomia gestionale, spetta di valutare il rischio med-mal della struttura e coprirlo in maniera ottimale.

Certo, la loro possibilità di trasferirlo alle compagnie assicurative, attraverso le polizze, non va vista in astratto. Essa dipende da quanto il mercato assuntivo sia effettivamente in grado di assorbire questo rischio, prezzandolo con ragionevolezza. Negli ultimi anni, per il vero, questa capacità si è rivelata piuttosto limitata, dato il numero ridottissimo di compagnie disponibili e la contenuta estensione di garanzia da loro concessa.

Tuttavia i direttori generali sono alla fine i capi-azienda dell'ente sanitario e, come tali, titolari del diritto/dovere di effettuare la valutazione sul dimensionamento del rischio med-mal e della sua gestione. Con riguardo alla soluzione di amministrarlo in-house o ricorrere alle polizze, è opportuno che essi diano evidenza - nei loro atti - dei passaggi istruttori compiuti. Per evitare di incorrere in contestazioni di responsabilità circa presunte inefficienze gestionali nella copertura del rischio professionale medico, causa impreviste uscite per risarcimenti non accantonati.

Quand'anche la regione fornisca indicazioni circa la copertura del rischio - dall'auto-ritenzione, fino magari alla stipula di convenzione-quadro assicurativa per tutte le aziende sanitarie attive sul territorio - l'autonomia gestionale dei vertici aziendali non viene intaccata, in virtù del principio di separazione delle scelte amministrative da quelle politiche. I vertici aziendali rimangono pertanto responsabili per quanto concerne la definizione dei presidi organizzativi di misurazione, prevenzione e gestione dei rischi, la cui idoneità deve essere sempre valutata rispetto a ciascuna azienda sanitaria (art. 3-bis della "Balduzzi").

Il criterio della analogia tra assicurazione e auto-assicurazione

Chiariti i termini dell'obbligo assicurativo e dei soggetti cui incombe la sua osservanza, si può riscontrare l'effettiva "analogia" delle misure alternative, rispetto alle polizze med-mal.

I parametri di tale giudizio vanno evidentemente ricercati nella reale equivalenza delle prime, al confronto con le garanzie offerte dal sistema assicurativo. Tale parallelo viene anche ribadito nella direttiva europea sulle cure transfrontaliere, oltre che dalla Balduzzi.

In effetti, oltre l'art 3, comma 1-bis della Balduzzi, anche l'art. 4, par. 2, lett. d, dir. 2011/24/Ue, pone sullo stesso piano la protezione offerta dalle polizze e quella attesa dalle analoghe misure per la responsabilità civile.

Le disposizioni applicabili individuano pertanto nell'organizzazione assicurativa, che è notoriamente soggetta ad una stringente disciplina europea e nazionale, i parametri di confronto ai fini della verifica della sussistenza di omogeneità "funzionale". Criteri empirici a tal proposito si possono individuare:

- nelle prudenti valutazioni imposte per le riserve dei sinistri all'industria assicurativa,

- nella separazione patrimoniale tra le sorti economiche dell'impresa e le riserve destinate alla liquidazione sinistri, disposte dal codice delle assicurazioni.

Normalmente nell'attività assicurativa, che per sua natura è terza rispetto ai rischi assunti in garanzia, la parte più delicata è quella tecnica dello stanziamento delle riserve, o riservazione. Infatti ad essa rivolge le maggiori attenzioni la normativa di settore, prevista nel codice delle assicurazioni e nei regolamenti dell'autorità di vigilanza, nonché quella di fonte europea (Solvency II). Lo stanziamento da destinare alle liquidazioni dei sinistri, sulla base della stima della loro probabilità nell'an e nel quantum risarcitorio, impegna severamente l'impresa assicurativa.

Una volta accantonate le somme per i sinistri, poi è necessaria la loro inattaccabilità da altri creditori che

avanzano pretese a diverso titolo nei confronti della amministrazione. Questa compartimentazione permette di non vanificare nel tempo le riserve, nel loro ammontare tecnicamente e prudenzialmente determinato. Questo paradigma tecnico, connaturato al sistema assicurativo, purtroppo non si riscontra negli accantonamenti a bilancio delle somme per i sinistri delle aziende sanitarie. Vediamo perché.

Le differenze effettive nell'auto-assicurazione, rispetto all'assicurazione

a. Preliminarmente non si riscontra la segregazione delle riserve costituite per i sinistri, rispetto alle altre pretese di creditori differenti, a diverso titolo, sulle somme stanziare.

Innanzitutto né aziende sanitarie, né regioni sono in condizione di garantire autonomia patrimoniale delle somme stanziare per i risarcimenti futuri dei sinistri med-mal. Queste non possono beneficiare dell'impignorabilità prevista dall'art. 1, 5° comma, d.lgs. 18 giugno 1993, n. 9. Siffatta disposizione, infatti, sottrae all'azione esecutiva dei terzi creditori solo quelle somme destinate agli stipendi del personale, oppure al pagamento di altre spese necessarie ai fini dell'erogazione dei servizi sanitari. Queste ultime, a condizione che vengano previste da apposita delibera trimestrale dei direttori generali delle aziende sanitarie, disponente anche l'ordine di pagamento, il cui rispetto è necessario al godimento dello speciale regime.

Dunque, quand'anche lo stanziamento per il rischio professionale nell'azienda sanitaria sia corretto, esso non è patrimonialmente separato dalle altre poste di bilancio e non offre le medesime garanzie agli interessi dei pazienti – che sono medesimo oggetto di tutela – rispetto alle riserve relative alle polizze assicurative.

b. Il limite più connaturato all'auto-assicurazione è l'approssimativo stanziamento di riserve nel bilancio dell'azienda sanitaria.

A differenza della compagnia assicuratrice che - terza rispetto all'amministrazione - ha definito il premio tecnico sulla base della comunione allargata di più rischi omogenei che viene ad assumere, l'azienda sanitaria, per quanto risulta, non adotta né applica criteri di misurazione del fabbisogno necessario per il pagamento di tutti i costi del sinistro oggetto di contenzioso, né verifica la sufficienza negli accantonamenti nel tempo.

Al fine della determinazione quantitativa della riserva, il codice delle assicurazioni precisa che la entità della riserva deve comprendere «l'ammontare complessivo delle somme che, da una prudente valutazione effettuata in base ad elementi obiettivi, risultino necessarie per far fronte al pagamento dei sinistri avvenuti nell'esercizio stesso o in quelli precedenti e non ancora pagati, nonché alle relative spese di liquidazione»
Se non si osservano queste accortezze, si rinvia ai bilanci futuri un peso di fatto incognito. Sia per il quantum che per l'an.

b.1. Sul quantum debitorio (severity)

Nella prassi della azienda sanitaria si dà il caso di appostamenti contabili non univoci circa le stime dei risarcimenti previsti in bilancio. L'autoassicurazione dei rischi comporta il periodico accantonamento di una quota ritenuta idonea in un apposito fondo rischi.

Come è noto il d.lgs. 118 del 2011 ha modificato il sistema di contabilità della spesa pubblica regionale, ed in particolare quella sanitaria, introducendo principi di imputazione della spesa su basi di contabilità finanziario-patrimoniale. Le uscite vanno dunque contabilizzate non più per cassa, bensì per anno di competenza. Infatti i bilanci sanitari e regionali vanno certificati da revisione delle stime contabili, come per le altre aziende pubbliche.

L'articolo 28 del d.lgs. 118/2011, rinviando per la disciplina agli art. 2423-2428 del codice civile, comporta l'applicazione delle disposizioni previste nell'art. 2424 cod. civ., secondo il quale nel passivo del bilancio devono essere riportati i debiti con separata indicazione degli importi esigibili oltre l'esercizio. L'art. 2424-bis dispone inoltre che gli accantonamenti per rischi ed oneri vanno a coprire perdite di esistenza certa o probabile, ma indeterminati nell'ammontare, oppure nella data di sopravvenienza, alla data di chiusura dell'esercizio di bilancio.

L'entità degli accantonamenti nel fondo rischi è dimensionata sulla base della più ragionevole stima dei costi alla data di bilancio, includendo oltre al valore del risarcimento, anche le spese accessorie legali e peritali, determinabili in modo non aleatorio, né arbitrario.

In breve, il margine di apprezzamento per la direzione dell'azienda sanitaria è piuttosto elevato e tale da consentire "manovre di bilancio" sugli stanziamenti per i rischi sanitari, visto che nella media questa voce incide per il 3-5% del totale complessivo della spesa annua. In altre parole, stanziamenti prudenti sui fondi rischi, anche tendenti alla reticenza, premiano il management ospedaliero in carica. Ma penalizzano quelli successivi,

ovviamente ignari ed incolpevoli. La chiusura ritardata della controversia, in esito al consueto svolgimento di tutti gli accertamenti, comporta di norma il disallineamento tra la gestione sanitaria che accantona e quella che alla fine liquida la richiesta risarcitoria.

b.2. Sull'an debitorio (occurrence)

Non c'è adeguato calcolo probabilistico dello stanziamento per perdite derivanti dall'evento avverso verificatosi. Alla luce delle odierne tecniche di previsione attuariale, usate nella riservazione, il sistema un po' elementare di valutazione probabilistica dei pagamenti ritardati, per le richieste già presentate, e dell'entità del loro risarcimento, appare palesemente inadeguato con la suddivisione in tre categorie di Probabili, di Possibili e di Remoti in relazione al grado di realizzazione del pagamento con le relative aliquote di futuro indennizzo (dal 90 al 10%).

Soprattutto rapportato ad ordini di grandezza di rischio che sono i più cospicui nel sistema med-mal.

Le entità in gioco e la complessità degli apprezzamenti richiedono al contrario specifiche competenze attuariali, che non risultano invece essere sempre rappresentate nei comitati di valutazione sinistri delle aziende sanitarie. A ciò si aggiunga la attuale inadeguata stima delle ritardate denunce IBNR (Incurred But Not Reported), almeno in parte motivata dal fatto che solo una attenta analisi delle serie storiche (che qui non è ancora fattibile, data l'esiguità temporale della serie stessa) permetterebbe di arrivare a delle stime attendibili con i relativi intervalli probabilistici di confidenza: andrebbero comunque esplicitati i criteri di quantificazione economica e le modalità della loro messa a riserva.

c. L'auto-ritenzione si presta a pressioni della politica.

L'auto-assicurazione, non prevedendo la terzietà dell'assicuratore, può esporre l'amministrazione sanitaria a trattamenti non neutrali, rispetto a richieste risarcitorie che potrebbero essere appoggiate da pressioni clientelari della politica. La gestione in-house del sinistro può offrire il fianco ad indebite sollecitazioni degli ambienti politici, che esercitano influenza sui vertici sanitari, per trattare con indulgenza taluni sinistri concernenti soggetti segnalati. Certamente le compagnie assicurative, pur non esenti da altri difetti, sono immuni da tali evenienze.

Il giudizio che se ne trae

Re-internalizzare il rischio med-mal nella azienda sanitaria – attraverso la c.d. auto-assicurazione - non è affatto un rimedio risolutivo, rispetto alla mancanza di polizze assicurative a condizioni accessibili.

Intanto la ritenzione del rischio non è misura analoga all'assicurazione, perché non offre le stesse garanzie di questa a sanitari e pazienti. Per come funziona e per l'utilizzo inadatto cui si presta.

Inoltre l'autogestione, in qualche misura, lungi dall'essere la soluzione, viene ad essere parte del problema. Perché contribuisce a non dischiudere compiutamente la reale dimensione economica del rischio, per severity ed occurrence. Ossia, per magnitudine e probabilità. E questo "effetto velo" è un disincentivo ulteriore per il mondo assicurativo a sottoscrivere il rischio.

Tutto ciò, naturalmente, non si svolge sul mero piano delle scelte politiche, ma ha concrete ricadute sulla responsabilità gestionale dei vertici delle aziende sanitarie. Quale strada va invece correttamente percorsa per garantire il rischio?

- Contenimento reale dei rischi e dei sinistri, con robusto intervento di risk management, previsto nel ddl Gelli;
 - Riduzione significativa degli importi risarcitori (tabelle previste art. 138 e 139 codice assicurazioni, vedi ddl concorrenza, pure in dirittura);
 - Rigore nell'esporre correttamente i sinistri e stanziare i rispettivi valori risarcitori;
- Sforzo corale per riavviare un mercato assicurativo con pluralità di compagnie reputate, attivando polizze con franchigie contenute (ragionevolmente un decimo di quelle attualmente praticate), in modo da lasciare scoperti giusto i sinistri ripetibili.

La commissione sanità del Senato, che si accinge a concludere ora la propria disamina del disegno di legge, conosce ampiamente questi temi. E' un errore, che non possiamo più permetterci, mettere la polvere sotto il tappeto, ossia dissimulare le spese nei bilanci sanitari e considerare "fondo senza fondo" il bilancio dello Stato. Al contrario la sostenibilità della spesa e sobrietà di bilancio sono la chiave al mantenimento degli entitlements ai beni pubblici, che sono la salute della collettività e la pace sociale.

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

Agenas, Luca Coletto (Veneto) è il nuovo presidente



È attesa per giovedì la formalizzazione dell'incarico a Luca Coletto, assessore alla Sanità del Veneto, a presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Coletto, che dal 2010 al 2015 ha ricoperto anche il ruolo di coordinatore della Commissione Salute delle Regioni, succede a Giovanni Bissoni attuale sub commissario nel Lazio, che si era dimesso nel marzo 2014. La funzione di presidente è stata svolta ad interim durante quest'ultimo anno da Giuseppe Zuccatelli. La decisione sulla nuova nomina è stata unanime e la proposta è stata "gradita" dal Ministro Lorenzin. Giovedì in occasione della conferenza Stato-Regioni ci sarà la formalizzazione dell'Intesa.

Dossier per le agenzie Ue a Milano

Sala: servono interventi immediati per creare un'area a fiscalità agevolata

Il sindaco di Milano a Londra

Incontri con i vertici di Eba e Ema e il primo cittadino inglese

Interesse dei fondi di private equity per il capoluogo lombardo

Leonardo Maisano

LONDRA. Dal nostro corrispondente

■ Giuseppe Sala ha fretta. «Bisogna essere molto rapidi perché la concorrenza non manca. Da domani metteremo a punto un dossier da presentare al governo per sfruttare le opportunità che Brexit offre a Milano. La leva da usare è quella del fisco e la nostra città potrebbe diventare area-test del Paese per zone a fiscalità agevolata».

Il sindaco di Milano in trasferta a Londra ha incontrato il sindaco Sadiq Khan e i vertici delle due authority europee, quella dell'European banking, presieduta da Andrea Enria, e l'Ema che regola medicinali e prodotti farmaceutici, guidata da Guido Rasi. «Ci muoveremo su entrambe per poterle avere a Milano - ha spiegato Sala - e i tempi potrebbero essere più veloci del previsto».

Soprattutto per l'Eba che già nel 2017 potrebbe essere trasferita da Londra, con una mossa, pertanto, indipendente dalle dinamiche britanniche sul divorzio anglo-europeo. È solo una possibilità, ma impone un'azione veloce dell'esecutivo che rischia di essere preso in contropiede dai tanti concorrenti, i partner Ue che guardano al dopo Brexit con l'occhio piantato su un business destinato, almeno in parte, a muovere sul continente. Sono di ieri le esplicite avances del premier francese Manuel Valls che ha promesso l'estensione fino a otto anni delle agevolazioni fiscali per chi si trasferisce in Francia, oltre a un punto d'accesso unico per tutte le pratiche burocratiche e a scuole multilingue.

Anche Giuseppe Sala ha insistito sulle imposte per richiamare investitori e operatori in possibile fuga da Brexit. Ha fatto specifico riferimento alla "no tax area" che potrebbe essere introdotta nel contesto del progetto Human Technopole nell'ex Expo dove potrebbe trovare idealmente collocazione

l'Ema. L'agenzia sui farmaci alle porte di Milano diverrebbe ulteriore elemento di attrazione per lo sviluppo di un distretto con un'evidente connotazione scientifica. Ai margini di una città «che - ha insistito Sala - offre qualità della vita, trasporti, scuole internazionali, dieci università, e un'offerta immobiliare ancora vantaggiosa».

Diverso è il discorso per l'Eba che, invece, nei progetti del sindaco potrebbe consolidare la tradizione finanziaria milanese. Giuseppe Sala ha incontrato una nutrita delegazione di banchieri e capitani d'industria italiani che operano a Londra per avere suggerimenti sulla direzione da imboccare per rendere Milano più attraente. «Il private equity - spiega Vittorio Pignatti ceo di Trilantic Capital Partners Europe che ha partecipato all'incontro con il sindaco all'Ambasciata italiana - può guardare a Milano con interesse. A Londra ci sono una cinquantina di fondi che operano anche sull'Italia. Il capoluogo lombardo ha infrastrutture e un real estate conveniente. La qualità della vita è certo molto superiore a quella di Francoforte. È necessario però che ci sia un contesto globale accogliente».

Considerazioni non diverse da quelle mosse due giorni fa, in un'intervista al Sole 24 Ore, da Nino Tronchetti Provera di Ambiente a conferma che Milano ha la taglieria giusta per attrarre i fondi di private equity che con Brexit sono destinati a ripensare il proprio modello di business. Per essere accogliente però Milano deve dare solide garanzie sulla fiscalità e soprattutto sulla regolamentazione che a Londra temono possa essere troppo opprimente.

Food for thoughts per Giuseppe Sala e per il governo italiano, nella consapevolezza che la corsa per diventare Londra è già cominciata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL FUTURO DELL'AREA EXPO

Il masterplan

■ Il piano industriale di Arexpo, società proprietaria dei terreni e incaricata di gestire e valorizzare l'area, dovrà tenere insieme diversi elementi, secondo un disegno coerente finalizzato a fare dell'ex sito Expo un grande polo innovativo di un milione di metri quadrati. A tale scopo, è stato avviato il bando per individuare, entro fine mese, l'advisor che disegnerà le linee guida del piano

Il polo scientifico

■ Cuore del progetto Post-Expo è la realizzazione dello Human Technopole, un parco scientifico dedicato alle scienze umane che occuperà circa 30mila mq. Accanto e in sinergia con il Tecnopolo dovranno sorgere altre attività attinenti al settore: start up, università e centri di ricerca pubblici e privati. Già siglato un accordo con Ibm, sono in fase di trattativa intese con Bayer, Roche e Nokia

Le Agenzie europee

■ Coerente con questo progetto è la proposta – avanzata da Comune di Milano, Regione Lombardia e Governo – di candidare Milano, e in particolare l'area ex Expo, come sede delle agenzie europee per le banche (Eba) e per il farmaco (Ema). Quest'ultima in particolare potrebbe funzionare da attrattore per le grandi multinazionali della farmaceutica

L'INCHIESTA



Sul Sole di domenica

■ Il piano del Comune di Milano per attrarre gli investimenti di agenzie e multinazionali nell'area Expo



La stretta di mano. Il primo cittadino di Londra Sadiq Khan e il sindaco di Milano Giuseppe Sala ieri nella City

quotidianosanita.it

Mercoledì 06 LUGLIO 2016

Brexit. Ema: "Nostro lavoro non influenzato da referendum. Su sede aspettiamo decisione degli Stati"

L'Agenzia europea per i medicinali interviene dopo la Brexit e sul tema della nuova sede. "Le implicazioni per la sede e le operazioni di EMA dipendono dalle future relazioni tra il Regno Unito e l'UE. Queste sono sconosciute al momento e quindi non ci si impegnerà in speculazioni". E rassicura: "L'Agenzia continuerà le sue operazioni, come al solito, in conformità con i tempi previsti dalle sue norme e regolamenti".

"L'Agenzia riconosce l'esito del referendum del 23 giugno 2016. La maggioranza ha votato per l'uscita del Regno Unito (UK) dall'Unione europea (UE) ed è ora al governo del Regno Unito per decidere come agire sul risultato del referendum". Così l'EMA in una nota in cui rassicura come "le proprie procedure e flussi di lavoro non sono stato influenzati dal risultato del referendum. L'Agenzia continuerà le sue operazioni, come al solito, in conformità con i tempi previsti dalle sue norme e regolamenti".

"Nessuno Stato membro ha mai deciso di lasciare l'Unione europea – ricorda l'Agenzia - , quindi non ci sono precedenti per questa situazione". E in riferimento alla nuova sede per cui l'Italia è tra i principali candidati, afferma come "le implicazioni per la sede e le operazioni di Ema dipendono dalle future relazioni tra il Regno Unito e l'UE. Queste sono sconosciute al momento e quindi non ci si impegnerà in speculazioni".

In ogni caso l' Ema "accoglie con favore l'interesse manifestato da alcuni Stati membri per ospitare l'Agenzia in futuro", ma ribadisce come "la decisione in merito alla sede dell'Agenzia non sarà comunque presa dal Ema, ma sarà deciso di comune accordo tra i rappresentanti degli Stati membri. Siamo sicuri che gli Stati membri prenderanno la decisione più appropriata sulla posizione e le modalità, anche tenendo conto del contesto politico e giuridico complesso generato dal risultato del referendum del Regno Unito".

"La rete di regolamentazione europea nel suo complesso – sottolinea l'Agenzia - è un sistema molto forte e flessibile in grado di adattarsi ai cambiamenti senza compromettere la qualità e l'efficacia del suo lavoro. L'Agenzia è in stretto contatto con le istituzioni dell'UE. Appena vi delle informazioni concrete saranno disponibili, Ema le condividerà con i propri stakeholder".

"Per il momento – conclude la nota - , l'Agenzia, i suoi 890 dipendenti e tutti gli esperti europei che contribuiscono al lavoro di EMA continuerà a concentrarsi sulla missione di proteggere la salute umana e animale e garantire l'accesso ai farmaci che sono sicuri, efficaci e di buona qualità".

<http://www.ansa.it>

Zika, un test da soli 2 dollari per sapere se si è infettati

Messo a punto in Usa, in 40 minuti rileva infezione da saliva



Solo due dollari per sapere se si è stati infettati dal virus Zika. A mettere a punto l'ultimo e finora più economico test genetico in grado di diagnosticare il contagio del virus colpevole di provocare difetti congeniti alla nascita è stato un team di ricercatori della University of Pennsylvania. Rapido e super low cost, tramite la saliva, nel giro di 40 minuti riesce a scovare i segni dell'infezione. Gli attuali metodi diagnostici sono piuttosto elaborati, richiedono apparecchiature costose e personale qualificato.

Mentre quelli più a basso costo non sono in grado di rilevare bassi livelli del virus e rischiano falsi positivi. Per renderli più specifici è necessaria l'amplificazione dell'Rna, ma si tratta di un procedimento complesso che richiede di sottoporre il campione di saliva a diversi cambi di temperatura e ostacola la possibilità di realizzare un apparecchio portatile. Il team di ricercatori della Penn's School of Engineering and Applied Science, guidati da Changchun Liu e Haim Bau, ha individuato un tratto di codice genetico che è quasi identico per 19 differenti ceppi del virus Zika, ma non per altri agenti patogeni. Su questo hanno testato una tecnica di amplificazione semplificata dell'Rna (RT-LAMP) che richiede solo che il campione sia mantenuto a una temperatura specifica e costante. In base a questo, hanno sviluppato il nuovo dispositivo della grandezza di una bibita in lattina, che funziona senza corrente elettrica e, grazie ad un colorante, rileva se nella saliva è presente la sequenza genetica del virus Zika. I risultati dello studio, supportato dall'Istituto Nazionale di Salute (National Institutes of Health) sono stati pubblicati sulla rivista scientifica Analytical Chemistry.

Coppie infertili un caso ogni 5

In Italia l'infertilità affligge una coppia su cinque. Sono i dati del [Ministero della Salute](#) rilanciati al World pediatric and adolescent gynecology congress, concluso nei giorni scorsi a Firenze. Causa prevalente del mancato concepimento è la Sindrome dell'ovaio policistico, che colpisce tra il 5 e il 10% delle donne in età fertile. Le donne affette da questa sindrome soffrono di una ridotta qualità ovocitaria. Altre cause di infertilità sono le alterazioni tubariche, le malattie infiammatorie pelviche, i fibromi uterini e l'endometriosi. L'impegno scientifico per cogliere i motivi clinici dell'infertilità è forse un segno di lento cambiamento culturale: anziché concentrarsi solo sulle tecniche per ottenere figli in ogni caso (le varie forme di procreazione artificiale) si cerca di venire a capo delle cause che impediscono di procreare. La scienza sfida il mercato?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

