Associazione Italiana di Oncologia Medica

RASSEGNA STAMPA

07-11-2017

1. REPUBBLICA.IT Cancro, l’immunoterapia funziona meglio se la flora intestinale è sana
2. REPUBBLICA Tumori malformazioni nevralgie e poi epilessia
3. IL FATTO QUOTIDIANO Amianto: migliaia di ammalati, zero fondi in manovra
4. QUOTIDIANO SANITÀ G7 Salute. Accordo tra tutti i big (Usa compresi) su effetti cambiamento climatico
5. SOLE 24 ORE SANITA' Legge Gelli: se il medico ha seguito le linee guida vengono meno i carichi penali
6. SOLE 24 ORE SANITA' Conflitto d'interessi: le strategie per riconoscerlo e stanarlo
7. ADN KRONOS Milano al rush finale per l'Ema. Rasi: "Non tutte le città hanno i requisiti"
8. SOLE 24 ORE Ema, scatta il conto alla rovescia
9. STAMPA Le 5 regole della creatività in un mondo determinato
10. SOLE 24 ORE SANITA' Fondo sanitario a rischio drenaggio - Manovra, il Fsn perde pezzi
11. GIORNO - CARLINO – NAZIONE I bimbi in provetta costano fino a diecimila euro Flop della nuova legge
12. AVVENIRE «Il clima pesa sulla salute Città italiane inquinate»

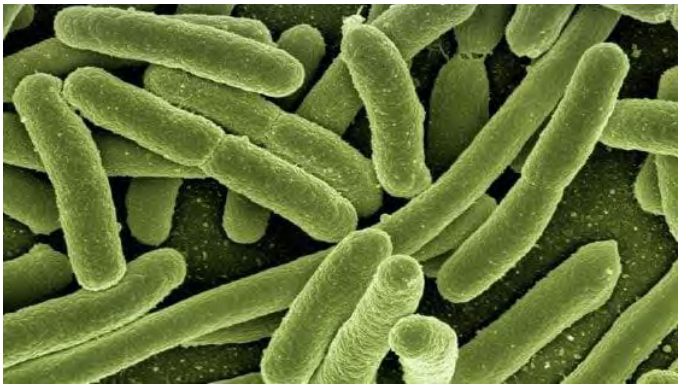
la Repubblica.it

06-11-2017

Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

Cancro, l'immunoterapia funziona meglio se la flora intestinale è sana



La composizione del microbioma influenza la risposta agli inibitori di check point. La scoperta, descritta da due studi su Science, apre la strada a nuove opportunità. Perché il microbioma si può modificare

di TINA SIMONIELLO

IL MICROBIOMA, l'insieme dei microrganismi che popolano l'intestino, modulano la risposta all'immunoterapia, rendendola più o meno efficace nel contrastare la malatti. Uno studio realizzato da ricercatori dell'MD Anderson Cancer Center dell'Università del Texas, dell'Università di Rochester Medical Center e del Wilmot Cancer Institute, pubblicato su *Science*, mostra che i pazienti con melanoma avanzato che rispondono alla terapie con anti-PD1 (un inibitore di check point che agisce togliendo il freno, per così dire, alle cellule T del sistema immunitario che aggrediscono i tumori), possono contare su una abbondanza di batteri del genere *Faecalibacterium* (famiglia *Ruminococcaceae* e ordine di *Clostridiales*) rispetto a chi, affetto dalla stessa malattia e sottoposto alla medesima terapia, non risponde alle cure. In effetti, i pazienti con livelli alti dei microrganismi giusti avevano, ai test successivi, una quantità di cellule T più elevata sia in circolazione che sulla massa tumorale. Stessa cosa è stata osservata nel modello animale quando i ricercatori hanno praticato trapianti di feci dai pazienti portatori di *Fecalibacterium* ai topi.

Antibiotici e integratori. Sullo stesso numero di *Science* è pubblicato un secondo studio, parallelo e in stretta relazione col primo. Anche questo tratta di batteri intestinali e anti-PD1 e mostra che assumere antibiotici prima del trattamento con inibitori di check point (per esempio per guarire da un'infezione urinaria)

riduce l'efficacia della cura. Bertrand Routy del Gustave Roussy Cancer Campus di Villejiuif in Francia, primo autore della ricerca, e i suoi colleghi, studiando un campione di pazienti con tumori epiteliali, hanno però anche scoperto che coloro che possono fare affidamento su una particolare composizione della flora intestinale (in questo caso ricca di *Akkermansia muciniphila*) rispondono meglio alle terapie anticancro, correggendo, per così dire, gli effetti collaterali degli antibiotici. Anche in questo i risultati ottenuti sugli esseri umani sono stati verificati sul modello animale: nei topi di laboratorio trattati con antibiotici e anti-PD1, a cui venivano somministrati supplementi orali dei batteri "buoni", l'attivazione delle cellule T aumentava.

Modificare il microbioma non è difficile. "I nostri studi sui pazienti e le successive ricerche sugli animali ci permettono di dire che i microbiomi intestinali modulano sia l'immunità sistemica che quella anti-tumorale", ha dichiarato Jennifer Wargo, co-autore e tra i coordinatori della lavoro condotto alla Texas University. "Noi – ha aggiunto – possiamo cambiare il nostro microbioma, non è poi così difficile. Quindi riteniamo che questi risultati aprano a nuove enormi opportunità".

Il prossimo passo: sperimentare l'associazione di batteri e immunoterapia. "La flora batterica è responsabile dell'intensità della risposta immunitaria", ragiona ***Paolo Ascierto***, direttore dell'Unità Melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative dell'Istituto Nazionale Tumori, Fondazione Pascale di Napoli. "Questi studi – riprende l'esperto – lavori utili e condotti da equipe note, ci dicono che alcuni batteri o particolari composizioni del microbioma influenzano l'attività dei check point inibitori. La prospettiva sarà di individuare quali sono i microrganismi che potenziano questa attività e testarli in associazione con inibitori di check point in studi clinici. Vanno anche identificati i batteri che modulano gli effetti collaterali degli antibiotici. Sono inoltre in corso ricerche che si concentrano sulla dieta, perché – conclude l'oncologo – anche l'alimentazione modifica la flora intestinale".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 12/2016: 274.372
Lettori Ed. II 2017: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-NOV-2017
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

Quando è utile

Tumori malformazioni nevralgie e poi epilessia

IL GAMMA knife non va bene per tutto. Le lesioni trattate con questo strumento, bombardate da fasci di raggi gamma focalizzati, non possono essere grandi, e in genere non devono superare i tre centimetri: «Il trattamento con le radiazioni non è invasivo come la chirurgia ma, per lesioni di queste dimensioni, produce effetti paragonabili a quelli della radio», spiega Renzo Corvò, direttore dell'Unità operativa complessa di oncologia radioterapica dell'ospedale Policlinico San Martino di Genova. Nel caso di lesioni cerebrali molto grandi o multiple, è preferita la radioterapia classica con acceleratori lineari, o laddove possibile, la chirurgia tradizionale.

Ma sarebbe sbagliato credere che le moderne tecnologie di radiochirurgia, incluso il Gamma knife, operino solo a livello cerebrale. «Negli ultimi tempi la radiochirurgia è stata applicata anche in altri distretti, per esempio per lesioni a livello vertebrale o linfonodale a rapida crescita con tumore primitivo controllato», spiega Corvò.

E insieme ad altri strumenti super hi-tech - come il Cyberknife, la tomografia elicoidale,gli stessi acceleratori lineari, adattati a operare come bisturi radiologici - la radiochirurgia è sbarcata da tempo anche in campi non oncologici. «Tanto che tra le prestazioni essenziali fornite dal Ssn ci sono sia le indicazioni terapeutiche per i tumori sia quelle non oncologiche, come le malformazioni artero-venose – conclude Corvò – o le applicazioni più recenti, come i trattamenti di nevralgie del trigemino o di alcune forme di epilessia, sebbene per queste si attendono ulteriori conferme».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2017: 83.845
Diffusione 06/2017: 45.978
Lettori Ed. III 2016: 333.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano
Dir. Resp.: Marco Travaglio

07-NOV-2017
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

FIBRE KILLER

I dati 1900 casi solo nel 2016, ma non ci sono gli stanziamenti per le bonifiche. L'Osservatorio: "Ci costano 400 milioni l'anno"

Amianto: migliaia di ammalati, zero fondi in manovra

Palliativi
Al Senato stanno cercando di estendere l'ecobonus anche al risanamento degli edifici

» VIRGINIA DELLA SALA

Nella legge di Bilancio c'è un po' di tutto: incentivi e crediti d'imposta per le piccole e medie imprese che vogliono quotarsi, detrazioni per i giardini, il credito d'imposta per consolidare le conoscenze in ambito tecnologico. Ma non c'è traccia di sgravi per chi voglia bonificare l'amianto della propria azienda o della propria casa. L'ultimo intervento risale al 2016, quando con un decreto attuativo il ministero dell'Ambiente e quello dell'Economia hanno pubblicato le "disposizioni per l'attribuzione del credito d'imposta per interventi di bonifica dall'amianto": 17 milioni di euro in tutto, distribuiti a chi arrivava prima e con un tetto massimo di 20mila euro a progetto. Poi null'altro. In cantiere c'è una proposta di legge che però farà fatica a vedere la luce, così come il tentativo di inserire un emendamento alla legge di Bilancio al Senato.

IERI, l'Osservatorio Nazionale sull'Amianto ha presentato i dati dell'ultimo rapporto: aumentano i mesoteliomi, con 1800 casi nel 2015 e 1900 nel 2016. Un numero in parte basato sugli ultimi rapporti dell'Inail, ma soprattutto raccolto attraverso gli osservatori territoriali dell'Ona (e i risultati in linea con quelli dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica). L'osservatorio parla di quaranta milioni di tonnellate di materiali contenenti amianto su tutto il territorio nazionale e stima il costo per la sanità pubblica per le vittime dell'esposizione all'amianto: 400 milioni di euro l'anno a cui vanno aggiunte le spese per le prestazioni previdenziali e assistenziali. Il totale fa circa circa miliardi di euro nei prossimi dieci anni. "Ci siamo basati su dati statistici di contabilità pubblica, corretti alla luce della peculiarità delle patologie asbesto correlate - spiega Ezio Bonanni, presidente dell'Ona - e riteniamo di poter quantificare la sola spesa sanitaria provocata dall'esposizione ad amianto alla luce anche del numero dei malati e di tutte le patologie che provoca, in una stima molto prudenziale di 100mila euro per paziente. Spalmata sul decorso medio di queste patologie si parla di 40mila euro ogni anno". In media, un'aspettativa di vita di due anni e mezzo.

È stata presentata anche una proposta di legge che punta a raccogliere in questa settimana appoggi trasversali alla Camera: prevede un credito di imposta pari al 50% delle spese annue sostenute dalle imprese che fanno le bonifiche. Nonostante abbia ricevuto l'appoggio di tutti i parlamentari presenti all'incontro dell'Ona, potrebbe far fatica a trovare applicazione anche solo come emendamento alla legge di Bilancio (servono 500 milioni l'anno per coprirlo).

AL SENATO, intanto, si sta provando a estendere l'ecobonus al 65 (detrazioni fiscali per le spese di risparmio ed efficienza energetica) anche a tutti gli interventi di bonifica dall'amianto. Una misura, insieme al "bonus verde" e al credito di imposta esteso alle certificazioni statiche, che la Commissione Ambiente aveva provato a inserire nella manovra dell'anno scorso con l'ok del ministro delle infrastrutture Graziano Delrio. Poi tutto saltò nella fretta dell'approvazione pre-referendum. "Ora vanno reintrodotti", spiega Ermete Realacci, presidente della Commissione Ambiente. E si annunciano emendamenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

- **IL TUMORE** si chiama mesotelioma e nasce dalle cellule del mesotelio. "È associato soprattutto all'esposizione all'amianto" si legge sul sito dell'Airc
- **NON HA** un profilo genetico specifico e quindi è difficile dire da cosa sia generato. Più preciso è invece il dato epidemiologico: correlazione con l'amianto accertata in oltre il 90 per cento dei casi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 06 NOVEMBRE 2017

G7 Salute. Accordo tra tutti i big (Usa compresi) su effetti cambiamento climatico. Lorenzin: “Ora azioni coordinate da portare avanti all'interno e all'esterno dei nostri Paesi”

Nonostante gli Stati Uniti intendano ritirarsi dall’accordo di Parigi, hanno sottoscritto il comunicato congiunto in cui si riconosce l’aumentato rischio per la salute in presenza di fattori che riguardano clima e inquinamento. Lorenzin: "Abbiamo trovato un compromesso accettabile per tutte le parti che ci permetterà nei prossimi mesi di fare dei passi avanti sull'impatto sulla salute dei cambiamenti climatici”. IL DOCUMENTO

“Tutti abbiamo accettato che esista un fattore che riguarda il clima e l’inquinamento e che incide sulla salute delle persone – Lo mette subito in chiaro il ministro della Salute Beatrice Lorenzin durante la conferenza stampa di chiusura del G7 Salute a Milano – Questo richiede azioni coordinate da portare avanti all’interno e all’esterno dei nostri Paesi”.

Soluzione di compromesso trovata anche con gli Usa, che dopo una discussione serrata hanno firmato il comunicato congiunto. “C'è stato un grande lavoro politico – spiega Lorenzin – ma siamo riusciti a trovare un punto di caduta comune anche con gli Stati Uniti, lavorando sull'unità del G7. Abbiamo trovato un compromesso accettabile per tutte le parti che ci permetterà nei prossimi mesi di fare dei passi avanti sull'impatto sulla salute dei cambiamenti climatici”.

La salute prima di tutto
Il ministro italiano, che aveva la presidenza del summit, ha sottolineato che “la salute viene prima di tutto” e che si è “voluto dare un messaggio di unità alle popolazioni dei nostri Paesi su questo”. Oltre all’impatto in salute del cambiamento climatico, gli altri due grandi temi affrontati nel G7 milanese sono stati la salute della donna e del fanciullo e l’antibiotico resistenza.

“Abbiamo promosso l’allattamento al seno e discusso della donna come caregiver di salute nell’ambiente che la circonda”, spiega Lorenzin. Un focus importante è stato dedicato anche alle migrazioni: “C’è stata grande condivisione da parte di tutti, abbiamo riscontrato una grande passione negli interventi dei partecipanti. Il collega tedesco ha parlato anche della salute mentale di donne e adolescenti che hanno subito traumi”.

Sull’antibiotico resistenza si è trovato un “accordo per non arretrare nella lotta alle resistenze agli antibiotici e alle infezioni ospedale – continua Lorenzin – Abbiamo cercato di mostrate le best practice portate avanti dai nostri Paesi senza dimenticare gli elementi di rischio o gli aspetti in cui ci sono gli ostacoli maggiori per quanto riguarda la salute umana e animale”.

Tra gli obiettivi da perseguire, il rafforzamento dei sistemi sanitari attraverso specifici percorsi nazionali che puntino alla copertura sanitaria universale (Uhc) senza lasciare nessuno indietro.

L’impatto delle migrazioni sulla salute mentale
È scesa nel dettaglio della discussione sulle migrazioni Flavia Bustreo , vice direttore generale per la Salute della Famiglia, delle Donne e dei Bambini presso l’Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms): “La migrazione impatta non solo sulla salute delle donne, ma anche su quella degli adolescenti. Infatti, il 50% delle malattie mentali ha origine durante l’adolescenza. Questo periodo è problematico per i ragazzi che migrano e che arrivano in Europa dopo aver subito traumi. Per questo bisogna capire come i servizi socio sanitari possono gestire il problema”. Bustreo ha approfondito anche il tema dell’inquinamento: “I dati indicano che circa il 90%

delle nostre città, Italia inclusa, hanno standard di qualità dell'aria non adeguati a quelli raccomandati dall'Oms – ha spiegato – Questo fenomeno ha un impatto diretto soprattutto sulla salute come malattie respiratorie, ma anche come aumento della patologia cardiovascolare. Soprattutto le grandi città in pianura padana non sono in pole postion. Bisognerà fare interventi mirati per cercare migliorare la qualità dell'aria perché questo sta diventando uno dei determinanti più importanti per la salute".

Investimenti
"Non è compito nel G7 prendere decisioni in base a stanziamenti economici, ma fornire linee guida che poi i singoli Paesi possono declinare al loro interno", ha precisato Lorenzin. A questo proposito, ieri il direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus aveva invitato i Paesi a pianificare investimenti concreti per quanto riguarda i tre temi affrontati e oggi l'auspicio di Bustreo è proprio che "i commitment che i ministri hanno espresso a questo summit si traducano davvero in impegni finanziari".

"Abbiamo anche parlato di come la migrazione impatta sulla salute delle donne – afferma Flavia Bustreo, vice direttore generale per la Salute della Famiglia, delle Donne e dei Bambini presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (oms) – Questo aspetto di salute che riguarda adolescenti e donne migranti è una sfida molto importante, legata anche alla salute mentale. Il 50% delle malattie mentali ha infatti origine durante l'adolescenza. Questo periodo è problematico per i ragazzi che migrano e che arrivano in Europa traumatizzati. Per questo bisogna capire come i servizi socio sanitari possono gestire il problema".

Michela Perrone

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2017: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

07-NOV-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

A PAG. 11

Cassazione/ 2

Legge Gelli: se il medico ha seguito le linee guida vengono meno i carichi penali

CASSAZIONE PENALE/ 1

Il rispetto delle linee guida cancella tutti i casi di responsabilità medica

Resta aperta la possibilità del risarcimento civile

Ormai parlare di colpa medica è quasi improprio. Perché la **legge Gelli-Bianco** del marzo 2017 ha introdotto una causa di non punibilità del medico che, a determinate condizioni, scatta indipendentemente dal grado della colpa.

Lo chiarisce la Corte di cassazione con la **sentenza n. 50078/2017** della Quarta sezione penale con la quale è stata annullata la condanna per lesioni colpose emessa nei confronti di un medico agli effetti penali, mentre resta aperta la possibilità del risarcimento civ

Al professionista erano state imputate le conseguenze di un intervento di lifting facciale che avevano condotto a un'estesa zona di insensibilità.

La Cassazione ricorda che il nuovo articolo 590-sexies del Codice penale ha cancellato la depenalizzazione della colpa lieve prevista dalla precedente legge Balduzzi. Non esiste quindi più, pertanto, un problema di grado della colpa, con l'eccezione di quei casi in cui la legge Balduzzi si configura come norma più favorevole da applicare a quei casi caratterizzati da negligenza o imprudenza.

La riforma, avverte la Cassazione, prende in considerazione solo le situazioni che si possono ricondurre all'imperizia, considerate non punibili neppure nell'ipotesi di colpa grave.

È degna di considerazione, riconosce la sentenza, l'obiezione per cui in presenza di colpa grave sarebbe molto difficile ipotizzare le condizioni di impunità del medico.

Tuttavia, ribadisce la Cassazione, alla colpa grave non può più essere attribuito un peso diverso rispetto a quella lieve, visto che sono entrambe comprese nell'area di applicazione della nuova causa di non punibilità; inoltre, è chiara intenzione della riforma favorire la posizione del medico, riducendo gli spazi per la sua possibile responsabilità penale, conservando invece la responsabilità civile.

Si introduce così una causa di non punibilità per imperizia, la cui operatività è subordinata al rispetto da parte del medico delle linee guida oppure, in assenza di queste, delle buone pratiche clinico assistenziali e che queste raccomandazioni siano adeguate alla specificità del caso concreto.

Una rinuncia alla sanzione che è fondata sulla volontà della legge di non mortificare l'iniziativa del professionista con la paura di ingiuste rappresaglie «mandandolo esente da punizione per mera valutazione di opportunità politico criminale, al fine di restituire al medico una serenità operativa così da prevenire il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva».

«In questa prospettiva - osserva la pronuncia -, l'unica ipotesi di permanente rilevanza penale della imperizia sanitaria può essere individuata nell'assecondamento di linee guida che siano inadeguate al caso concreto; mentre non vi sono dubbi sulla non punibilità del medico che, seguendo le linee guida adeguate e pertinenti pur tuttavia sia incorso in una "imperita" applicazione di queste».

Giovanni Negri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità
Fondo sanitario a rischio drenaggio

Anticoagulanti, errori fatali

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2017: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

07-NOV-2017
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

I RAPPORTI TRA MEDICINA E INDUSTRIA

Conflitto d'interessi: le strategie per riconoscerlo e stanarlo

Quasi tutti sicuri che esistano, ma riguardano gli altri. Se ne parla da tempo, di conflitti di interessi (CoI), anche tra gli epidemiologi italiani: diverse sessioni centrate su questo tema sono state organizzate ai congressi nazionali dell'Associazione italiana di epidemiologia (Aie) degli ultimi anni. Lo ha ricordato **Eva Pagano** aprendo il simposio sui CoI al congresso svolto a Mantova il 26 ottobre scorso e curato dall'Associazione Alessandro Liberati Network italiano Cochrane. Sono questioni ancora più attuali di un tempo soprattutto per la riduzione dei finanziamenti indipendenti alla ricerca.

Ricevere denaro da industrie è una condizione di rischio? Possiamo rispondere di sì perché ne abbiamo le prove: i medici in contatto con gli informatori scientifici del farmaco, per esempio, sono più inclini a inserire i farmaci delle aziende più generose nei formulari ospedalieri (Chren Landefeld, Jama 1994) e prescrivono meno generici (DeJong et al, Jama Int Med 2016). Conta la quantità di denaro donato? Gli studi pubblicati dicono che anche piccoli regali o inviti a cena trasformano il medico in un alleato (Sah Fugh-Berman, J Med Ethics 2013), ma è indubbio che più ricco è il dono e maggiore sarà la riconoscenza (DeJong et al, Jama Int Med 2016). I codici etici possono proteggere i medici e il sistema? Secondo **Rosa Gini**, dell'Agenzia sanitaria toscana (Ast), sì: il codice ENCePP guida i partecipanti al progetto collaborativo tra Unione europea e Federazione europea delle aziende farmaceutiche. Illustrato nei dettagli dalla ricercatrice della Ast, vincola alla trasparenza e al rispetto delle regole che la comunità scientifica si è data in materia di sperimentazione. Restano però alcune aree grigie, che riguardano la definizione e il concetto di indipendenza e le prerogative degli agenti finanziatori nelle fasi che precedono la submission dello studio per la pubblicazione.

Essere in una condizione di conflitto d'interessi è di fatto un'ammissione di colpevolezza? Certamente no, ha sottolineato **Giuseppe Traversa**: il conflitto di interessi, infatti, riguarda solo le persone oneste perché altrimenti si dovrebbe direttamente parlare di illegalità, frode o corruzione. La rilevanza della relazione conta, secondo Traversa: essere in un board di consulenti o nello speaker bureau di un'azienda è cosa diversa dall'accettare il dono di un libro o l'invito a un corso.

C'è poi la macroscopica evidenza della necessità di governare le inevitabili sperimentazioni svolte per finalità di approvazione regolatoria: finanziate dall'industria, occorre trovare i migliori percorsi per evitare distorsioni o i bias di pubblicazione che possono arrivare fino alla omissione di dati.

Insomma, per Traversa far finta che i conflitti di interesse non esistano è un lusso che la sanità non può permettersi: «dobbiamo occuparcene per davvero, e cioè accettare la sfida che ci viene dai CoI, il che implica: riconoscerli, evitarli quando possibile, adottare strategie di riduzione delle potenziali distorsioni quando non possono essere evitati». Occuparsene vuol dire anche porsi il problema di tutte quelle situazioni in cui il nodo è l'assenza di interessi e non la loro presenza: ricerca sui farmaci generici, su quelli a brevetto scaduto, sulle terapie per popolazioni talmente poco numerose da non rappresentare un target vantaggioso per l'industria. Casi in cui l'investimento pubblico è indispensabile, come lo è quando i disegni di studio lasciano attendere risultati a tale distanza di tempo da pregiudicare il rientro delle spese. «Non tutti i CoI possono essere prevenuti, in alcuni casi devono essere gestiti. Oltre agli esempi citati prima a proposito dei farmaci, il caso delle commissioni che decidono i finanziamenti della ricerca indipendente - si veda il caso dell'Aifa nel periodo 2005-2009 - dimostra che si può documentare l'effetto dei CoI e nello stesso tempo adottare strategie di riduzione dell'effetto distorsivo».

Una possibile via d'uscita è legare il contributo di un'industria a una specifica prestazione: una consulenza finalizzata a migliorare la metodologia di uno studio o all'analisi dei dati, una lettura a un convegno, anche un corso di aggiornamento per il personale aziendale. Paradossalmente il rischio maggiore di opacità si corre quando il contributo è formalmente "non condizionante", "unrestricted to a specific purpose": sarebbe molto meglio sapere a quale scopo sono elargiti i finanziamenti delle aziende.

Serve che il medico non percepisca la riflessione su una questione così importante come un'invasione della propria privacy: per questo, «dobbiamo smettere di considerare il CoI come un problema etico», sostiene **Rodolfo Saracci**, past president della International agency for the study of cancer. «Perché a livello individuale ognuno risponde alla propria coscienza. Il contrasto ai CoI deve essere dettato dalla vigilanza sulla cattiva ricerca: gli interessi particolari nuocciono alla qualità degli studi e questo sì, che è un lusso che non possiamo permetterci».

Luca De Fiore
associazione Alessandro Liberati
network italiano Cochrane

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità
LAVORO&PROFESSIONE
Dirigenza, varato l'atto di indirizzo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

06-11-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Milano al rush finale per l'Ema. Rasi: "Non tutte le città hanno i requisiti"

Il Pirellone di Milano, candidato a diventare nuova sede Ema (Fotogramma)

"Non mi occupo di Milano, ma dell'Ema. Per me è importante che vada in un posto dove siano rappresentate le caratteristiche che abbiamo espresso chiaramente e che ci permetta di lavorareper il bene di 500 milioni di europei. Non tutte le sedi le hanno". Sono le parole di Guido Rasi, direttore esecutivo dell'Agenzia europea del farmaco, che rispondendo a margine del convegno promosso da Farmindustria come evento collaterale al G7 Salute di Milano, torna sulla partita per l'assegnazione della nuova sede dell'ente regolatorio europeo. "I milanesi possono essere ottimisti, ciascuno ha il diritto di essere ottimista", aggiunge.

"Milano ha presentato la sua candidatura come altre 19 città - osserva - Se questi criteri saranno tenuti in considerazione, sarà uno degli elementi da valutare. Non li valutiamo noi", ma l'Ue. "Io sono ottimista che l'Ema vada in una delle sedi dove possiamo operare - ribadisce Rasi - Se Milano sia fra queste, non spetta a me dirlo. Ma non tutte le sedi hanno queste caratteristiche. Ci sono sedi che noi riteniamo non avere ancora un ambiente sviluppato per un'attività così complessa come quella dell'Ema, mentre altre riteniamo di sì".

Si tratta di elementi "molto semplici: connettività con le 27 capitali europee, connettività internazionali, disponibilità di scuole internazionali, possibilità di avere una casa pronta per 800 famiglie in pochi mesi. Sono questo tipo di cose. E non tutti i 19 candidati ce le hanno. All'Ema interessa l'infrastruttura. Non a caso, e non sorprendentemente, dalla nostra survey interna emerge che i nostri dipendenti

desiderano andare a vivere nelle città dove c'è una buona infrastruttura". Se il Pirellone sia la sede adatta, conclude il numero uno dell'Agenzia, "è la mia squadra tecnica che dovrà giudicarlo".

Ma che aria si respira nel palazzo londinese di Canary Wharf? "In Ema - dichiara Rasi all'AdnKronos Salute - c'è in questo momento un sentimento di grande, grande incertezza". Da un lato "la fiducia di essere riconosciuti a livello internazionale come una delle autorità regolatorie leader". Dall'altro, "nello stesso tempo, la paura di perdere tutto questo grande percorso fatto in 20 anni e la paura di non poter proseguire un progetto personale in un Paese in cui la propria famiglia potrebbe non trovare le condizioni sperate".

Il direttore esecutivo dell'ente ricorda innanzitutto che "questo è uno spostamento imposto, non scelto, e quindi ogni analogia con" i meccanismi che regolerebbero l'ubicazione di "agenzie di nuova formazione non è appropriata".

Rasi non può né vuole entrare nel merito della candidatura di Milano a nuova 'casa' dell'Agenzia nell'era post-Brexit. Ma ci tiene a evidenziare la portata dell'operazione: "Ovviamente dal 20 novembre, data in cui sapremo quello che verrà deciso in sede europea, saremo pronti a recarci in qualsiasi Stato indicato e pubblicheremo sul nostro sito in maniera molto trasparente i progressi fatti per vincere questa sfida quasi impossibile".

Si tratta, infatti, di riacquistare "piena operatività in un altro luogo in 17 mesi, dal 20 novembre 2017 al 30 marzo 2019. Un periodo in cui, oltre alle attività proprie dell'Agenzia, ce ne saranno altre importanti di tipo amministrativo. Poter disporre di una sede già pronta", come potrebbe essere a Milano il Pirellone, e "di una squadra credibile, sarà fondamentale anche per la reputazione del Paese ospitante".

"Credo - prosegue Rasi - che l'Ema abbia detto molto chiaramente quali sono i criteri che anche in questa fase consentiranno l'operatività dell'Agenzia, essenziale per la salute dei cittadini d'Europa: accessibilitàdegli esperti; la possibilità di lavorare in un setting dove sia garantita l'attività dei meeting nell'ambito dei quali i nostri comitati prendono decisioni, quindi la disponibilità di una sede pronta; la ritenzione di staff", cioè la capacità di evitare il più possibile 'fughe' di dipendenti. E "non sorprendentemente - rileva il numero uno dell'Ema - le due cose procedono di pari passo: dove c'è accessibilità è anche più facile che il personale sia disposto a spostarsi e a riprogrammare tutta la propria vita".

Da un recente sondaggio condotto fra i lavoratori dell'ente, il capoluogo lombardo è risultato essere fra le prime cinque città in cui i dipendenti Ema accetterebbero di traslocare.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2017: 141.860
Diffusione 05/2017: 187.721
Lettori Ed. I 2017: 803.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Guido Gentili

07-NOV-2017
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

IL G7 DELLA SALUTE A MILANO

Per l'Ema si entra nel rush finale

Sara Monaci ▸ pagina 16

Brexit. Dietro le quinte del G7 di Milano si è parlato della candidatura milanese per ospitare l'Agenzia del farmaco che lascerà Londra

Ema, scatta il conto alla rovescia

Peserà la scelta della Germania, in corsa per l'Eba - Decisione il 20 novembre

IN CORSA
Le avversarie più insidiose sarebbero Amsterdam, Copenaghen, Barcellona e Vienna; Scaccabarozzi: no ai giochini geopolitici

Sara Monaci
MILANO

Non solo salute e cambiamenti climatici. Dietro le quinte del G7 di Milano - che ha visto riuniti per due giorni i ministri del settore di Italia, Francia, Germania, Usa, Giappone, Regno Unito e Canada - si è parlato ancora della candidatura milanese per ospitare la sede dell'Ema, l'agenzia europea del farmaco che dovrà lasciare Londra dopo la Brexit.

Due le questioni sul tavolo emerse in questi giorni. Secondo considerazioni uscite proprio dagli ambienti della stessa Authority europea, Milano avrebbe la sede più idonea anche nel confronto con le altre capitali del Vecchio continente che si sono candidate e che, come il capoluogo lombardo, godono di un buon dossier in fatto di trasporti, logistica, qualità della vita.

Il confronto fra 5 sedi

Il confronto di questi ultimi giorni ai vertici dell'Ema, relativamente alla possibilità di dare immediata continuità al lavoro dei 900 funzionari dell'agenzia, riguarda Milano, Copenaghen, Amsterdam, Barcellona e Vienna, considerate sia dalla Commissione europea sia dalla stessa Agenzia del farmaco le cinque città più adeguate dal punto di vista tecnico. Nuove valutazioni ufficiose emergerebbero: Milano ha la possibilità di ospitare subito l'Ema nel Grattacielo Pirelli, di proprietà pubblica, con utilizzo gratuito almeno per i primi anni; Copenaghen offre una postazione con molti uffici dislocati fra loro, all'interno di un ampio complesso di edifici, fatto che, secondo i vertici dell'agenzia, non garantirebbe perfetti standard di sicurezza proprio per via della dispersività; Amsterdam propone di costruire una struttura nuova all'avanguardia, allettante dal punto di vista tecnologico ma che rischia di allungare i tempi della piena operatività dell'Ema; Barcellona, che pure avrebbe una sede già pronta come Milano, potrebbe non avere sufficiente spazio per tutte le attività; infine Vienna dà due possibilità, senza aver ancora sciolto i dubbi, anche se una sede risulterebbe già inadeguata. Tutto questo farebbe pensare che la città italiana sia favorita. «Siamo in tensione perché il 20 novembre si deciderà il ricollocamento di Ema. Posso dire che tutti stanno facendo quello che c'è da fare», dice il sindaco di Milano Giuseppe Sala.

Il ruolo della Germania

Nelle trattative che in questa due giorni milanese sono proseguite, portate avanti dalla ministra alla Salute Beatrice Lorenzin, è emerso anche il ruolo fondamentale che avrà la Germania, che presenta una sua candidata per l'Ema, la città di Bonn, ma che al tempo stesso punterebbe con più forza sull'ottenimento della nuova sede dell'Eba, l'agenzia bancaria che dovrà anch'essa trasferirsi a seguito della Brexit.

La questione è delicata: la Germania potrebbe decidere di sostenere una città del Vecchio continente, tra cui appunto Milano, o preferirà spostarsi su Bratislava per assicurarsi il sostegno dei paesi dell'Est sul fronte dell'Eba?

Di questi ultimi solo la Repubblica Ceca ha presentato candidatura per l'agenzia bancaria. L'Ungheria invece non ha presentato alcuna candidatura, insieme alle repubbliche Baltiche Estonia, Lettonia, Lituania e insieme a Slovenia e Cipro. La posizione di questi paesi senza candidature diventa importante già al primo turno di voto del 20 novembre, quando ogni paese cercherà di passare la selezione del Consiglio europeo degli Affari generali per arrivare tra le prime tre della votazione successiva, che avverrà sempre lo stesso giorno. Il presidente della Regione Lombardia Roberto Maroni si è augurato che «si attivi anche Silvio Berlusconi per parlare con la cancelliera tedesca Merkel».

«Sull'Ema a Milano sono ottimista perché vedo il grande lavoro che si sta facendo a livello diplomatico» dice il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, a margine del G7. «Adesso che sono stati pubblicati tutti i dossier - aggiunge - direi che Milano non può non avere l'Ema. Milano è la sede ideale e speriamo che non si facciano giochini geopolitici».

«I milanesi possono essere ottimisti, ognuno deve esserlo»: così il direttore dell'Ema, Guido Rasi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2017: 30.440
Diffusione 05/2017: 18.196
Lettori Ed. III 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

07-NOV-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Occhio, quest'anno l'influenza è cattiva

Le previsioni Gli esperti: sarà la peggiore epidemia dell'ultima decade

In Australia il virus ha già fatto 52 morti. E adesso punta dritto sull'Europa

Grazia Maria Coletti
g.coletti@iltempo.it

ROMA Un'influenza particolarmente cattiva sta arrivando in Italia. Secondo i media australiani è la peggiore degli ultimi decenni. Ne parlano in questi termini, dopo che negli scorsi mesi nel continente rosso l'epidemia annuale ha fatto 52 vittime, anche tra i giovani e i bambini. Alle nostre latitudini non ci sarebbe da stare tranquilli: il virus starebbe ora facendo rotta verso l'Europa, dopo aver già toccato il sud-est asiatico e la penisola araba. Secondo gli esperti, nell'emisfero boreale bisognerà fare i conti con un'ondata di influenze pari a quella australiana. E sull'epidemia in arrivo affermano: «Se prenderanno il sopravvento i virus che si sono scatenati in Australia, dovremo fare i conti con casi gravi e numerosi». Per difendersi la prevenzione è fondamentale evidenzia Giovanni D'Agata, presidente dello "Sportello dei Diritti". La vaccinazione, prima di tutto. Per le previsioni «preoccupanti» la Puglia ha reso disponibile da ieri un milione di dosi. L'obiettivo, ha spiegato il governatore Emiliano vuole raggiungere «il 75 per cento di copertura». Un milione di dosi anche per il Lazio somministrate da 5 mila medici di famiglia. Come complemento le buone pratiche: lavarsi le mani, coprirsi la bocca con un fazzoletto o con il braccio quando si starnutisce o tossisce, e in particolare restare a casa quando si presentano i sintomi dell'influenza. Il periodo più a rischio sarà come sempre quello dopo Natale quando un mix tra basse temperature, dopo baci e abbracci tra parenti, darà un'accelerata alla diffusione dei virus influenzali.

Una ragione in più per vaccinarsi. E a partire da quest'anno, oltre al vaccino anti influenzale, quello anti pneumococco è gratuito per gli over 65. La novità, prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017 -2019 e inserita nei nuovi Livelli essenziali di assistenza, è stata introdotta per arginare il rischio di contrarre malattie da pneumococco, un batterio potenzialmente pericoloso e letale per l'uomo e che nella popolazione anziana provoca le polmoniti. Eppure la percezione dei rischi è ancora scarsa: solo un anziano su tre sa che di polmonite si può morire. Per questo motivo, l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo HappyAgeing con la nuova campagna «Io ci vado» e il claim «Il vaccino Ti spetta. Tu che aspetti?» .

©RIPRODUZIONE RISERVATA

2
Allevamenti
Nell'Astigiano focolaio di influenza aviaria ad alta patogenicità

Cronache
Occhio, quest'anno l'influenza è cattiva

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2017: 206.315
Diffusione 05/2017: 169.173
Lettori Ed. I 2017: 1.144.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

07-NOV-2017
da pag. 31
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Le 5 regole della creatività in un mondo determinato

Il neuroscienziato Beau Lotto spiega come il cervello elabora i segnali in arrivo dai sensi in modo da ampliare i nostri orizzonti

PIERO BIANUCCI

Vediamo il mondo a colori ma non ci sono colori nel mondo. Afferriamo significati in segni neri sulle pagine di un libro, ma i significati non sono in quei segni. Ci fermiamo davanti a un semaforo rosso ma di per sé quella luce non è rossa e quel rosso non significa nulla fuori dal contesto stradale. Come avviene che le percezioni si trasformino in messaggi?

Beau Lotto, neuroscienziato all'University College di Londra, risponde a questa domanda con un libro strano: da leggere, certo, ma anche da guardare, perché nella grafica, nell'alternarsi di caratteri grandi e piccoli, neri e chiari, allineati o messi di traverso come in certe poesie futuriste, offre ai lettori piccoli esperimenti per far capire come il nostro cervello elabora i segnali in arrivo dai sensi, e in particolare dalla vista: *Percezioni* (Bollati Boringhieri, 327 pagine, 25 euro, traduzione di Giuliana Olivero) racconta «come il cervello costruisce il mondo».

Non è la posizione del filosofo empirista George Berkeley (1685-1753), «essere significa essere percepito», che, se portata alle estreme conseguenze, nega l'esistenza del reale. Lotto sa bene che il reale esiste in sé e non solo nel nostro cervello, ma ciò che gli interessa è il meccanismo con cui il cervello rappresenta il reale. Questo meccanismo è frutto di milioni di anni di evoluzione biologica. Le esperienze di innumerevoli generazioni passate hanno inciso nel nostro patrimonio genetico un vasto repertorio di interpretazioni percettive che si sono rivelate vantaggiose per la sopravvivenza. «Guardiamo – dice Lotto – attraverso milioni di anni di storia». Ecco perché solo una piccola parte dei dati sensoriali viene elaborata: quella che l'esperienza evolutiva ha ritenuto utile; perché il senso della vista lavora per contrasti: la stessa tonalità di grigio ci sembrerà chiara su uno sfondo scuro e più scura su uno sfondo chiaro; perché reagiamo a uno stimolo prima di esserne consapevoli, come hanno dimostrato gli esperimenti di Benjamin Libet mettendo in discussione l'esistenza del libero arbitrio. Insomma, nel costruire il senso del mondo siamo schiavi dell'evoluzione e il contesto è tutto.

Ma allora, se siamo schiavi del passato, come si può essere creativi? La soluzione è «cambiare il passato del nostro futuro». Sembra una frase delirante. Ma la creatività è una specie di delirio. Per delirare occorre recuperare il valore del dubbio: le soluzioni vantaggiose che l'evoluzione biologica ha fissato nei meccanismi percettivi per assicurarci la sopravvivenza non aiutano ad affrontare l'incertezza; affrontarla implica la liberazione dalle certezze cristallizzate, ed è appunto ciò che Lotto intende quando afferma che la creatività consiste nel «cambiare il passato del nostro futuro». Restare (è inevitabile) nel recinto delle conquiste evolutive, ma anche saperne uscire.

La sua ricetta dell'atto creativo si articola in cinque punti: 1) «celebrare l'incertezza», cioè vederne gli aspetti positivi; 2) aprirsi alla possibilità, cioè «incoraggiare la diversità in seno all'esperienza»; 3) cooperare per arricchire la diversità delle esperienze; 4) non cercare motivazioni esterne, «lasciare che il processo della creatività costituisca di per sé una gratificazione; 5) agire in modo intenzionale, «impegnarsi con volontà» in vista di un obiettivo. Attenzione, però, a non cadere nei tranelli dell'utilitarismo. La scienza – la conoscenza – funziona se è gratuita, se è un gioco fatto per il piacere di giocare: «la ricompensa sta tutta nel processo».

Beau Lotto non lo fa, ma è interessante mettere in rapporto il punto di vista sulle nostre percezioni del neuroscienziato con il lavoro che stanno facendo i ricercatori nel campo dell'intelligenza artificiale oggi applicata in tanti software di uso quotidiano, dai motori di ricerca come Google agli algoritmi che fanno diagnosi mediche, traducono da una lingua all'altra, scrivono articoli di finanza o battono i campioni mondiali di scacchi (e ci vuol poco) ma anche di go (dove le combinazioni possibili sono 10 alla 750!). Questa intelligenza artificiale (nulla a che vedere con la fantascienza dei robot che si ribellano all'uomo) si sta sviluppando grazie ad algoritmi che imparano dai propri errori (deep learning). È un ambito in formidabile crescita che mima il cervello umano. A cominciare dal riconoscimento delle immagini. Mostrandogli un albero, un animale, un volto, l'ultimo cellulare Huawei vi dirà il loro nome. L'incrocio di neuroscienze e computer science sta svelando il meccanismo ancora segreto delle percezioni, e Lotto dovrà scrivere un altro libro.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2017: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

07-NOV-2017
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LEGGE DI BILANCIO/ Trattative aperte tra Regioni e Governo contro l'arretramento delle risorse 2018

Fondo sanitario a rischio drenaggio

Negli emendamenti dei governatori la ricetta per sostenere rinnovi, welfare e nuovi Lea

Rinnovo dei contratti, politiche sociali e nuovi Lea: queste le tre voci su cui si sono concentrate le trattative tra Regioni e Governo sulla legge di Bilancio. Gli assessori, all'audizione sulla manovra del 7 novembre, si presenteranno con un "pacchetto" di proposte che dovrebbe, per la sanità, sventare il rischio maggiore: quello di un arretramento del Fsn 2018 a 112,1 miliardi, ben al di sotto dei 114 mld promessi. Con la manovra così scritta, hanno spiegato al termine della Conferenza delle Regioni in cui hanno deciso di rinviare il parere sulla manovra, sarebbe ancora la Sanità a fare da bancomat. «Siamo molto lontani sul Fsn - spiegava il vicepresidente Toti - che nominalmente aumenta ma su cui viene caricato l'intero rinnovo del contratto del pubblico impiego e che quindi di fatto diminuisce». Le trattative proseguono, nel tentativo di "trovare la quadra".

GOBBI A PAG. 4

LEGGE DI BILANCIO/ Trattative Regioni-Governo dopo la fumata nera sul "parere"

Manovra, il Fsn perde pezzi

Garavaglia: «Per il Fondo 2018 rischio di arretrare a 112,1 miliardi»

Le trattative sono andate avanti e andranno avanti fino all'ultimo, ma l'esito dell'ultima Conferenza delle Regioni ha dato la cifra della distanza tra le posizioni: il parere sulla legge di Bilancio, atteso per giovedì scorso, arriverà soltanto il 9 novembre, dopo l'audizione di martedì 7 davanti alle commissioni Bilancio di Camera e Senato.

Con la manovra così scritta, hanno spiegato gli assessori al termine della prima fumata nera a via Parigi, sarebbe ancora la Sanità a fare da bancomat. A entrare nel dettaglio, il vicepresidente della Conferenza Stato-Regioni, **Giovanni Toti** (Liguria): «Dire sì al Ddl significherebbe, con le condizioni attuali, intervenire ancora una volta sulle voci della sanità. Sui tagli ulteriori che arrivano con questa Finanziaria occorre trovare un accordo per almeno 300 milioni per la parte non sanitaria relativa agli investimenti che riteniamo indispensabili anche per il sistema Paese, e siamo molto lontani sul Fondo sanitario nazionale, che nominalmente aumenta ma su cui viene caricato l'intero rinnovo del contratto del pubblico impiego e che di fatto quindi diminuisce. Il Fsn - ha aggiunto ancora Toti - non può fare la politica del gambero: formalmente aumenta ma gli vengono addebitati costi, per cui di fatto cala ogni anno. Ci auguriamo che si trovi una sintesi virtuosa per poter esprimere un parere favorevole, ma a oggi non ci sono queste condizioni».

Un verdetto che secondo l'assessore al Bilancio dell'Emilia Romagna, **Emma Petitti**, è ancora tutto da definire: «Abbiamo deciso all'unanimità, anche in Commissione affari finanziari, di rivedere alcuni punti, fare proposte ed emendamenti e sulla base di questi crediamo si possa trovare un'intesa alla legge di Bilancio», ha affermato, spiegando che le questioni più importanti riguardano la Sanità e i Centri per l'impiego.

Riepilogando, salvo modifiche in sede di iter parlamentare, il Fondo sanitario nazionale 2018 non crescerà del miliardo nominale atteso, per arrivare alla quota dei 114 miliardi promessa, ma sarà di fatto decurtato dei 604 milioni di contributo alla Finanza pubblica chiesto alle Regioni a statuto ordinario per il 2018, al posto delle "speciali" che si sono rifiutate di versare.

Al momento le prospettive non sono delle migliori. A sintetizzare il quadro, dopo il mancato parere delle Regioni sul Ddl di Bilancio, è stato il coordinatore degli assessori alle Finanze, **Massimo Garavaglia** (Lombardia): «Segnaliamo alcune criticità sulla manovra: per la parte non sanitaria di fatto la manovra del Governo, se togliamo i 16 miliardi per l'Iva, di fatto vale 4 miliardi circa di cui 3 arrivano dalle Regioni. È quindi il comparto Regioni che permette di fare la manovra, si rischia di mandare tante realtà in esercizio provvisorio senza fare i bilanci, si sta esagerando». Garavaglia ha aggiunto che «c'è un taglio

Sanità
Fondo sanitario a rischio drenaggio

Manovra, il Fsn perde pezzi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2017: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

07-NOV-2017
da pag. 4
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

del 32-33% alle Politiche sociali e della non autosufficienza». Per poi spiegare: «Il conto è presto fatto: nel contributo complessivo da 2,6 miliardi alla Finanza pubblica, chiesto dal Ddl di Bilancio alle Regioni, oltre alla quota di 2,2 miliardi di avanzo di pareggio e ai 94 milioni di edilizia sanitaria, si prevedono altri 300 milioni di indebitamento netto. In termini di trasferimenti alle Regioni, gli unici possibili - oltre al trasporto pubblico locale, che è già ridotto all'osso - sono quelli per welfare e politiche sociali. Un pacchetto che nel complesso vale 900 milioni: chiederci 300 milioni di euro corrisponde quindi a un taglio del 32-33% della parte non strettamente sanitaria».

E per la parte sanitaria: «Il Fsn 2018 rischia di arrivare a 112,1 miliardi, perdendo 500 milioni, invece di incassare 800 milioni di aumento. Anche qui - afferma Garavaglia - basta affidarsi alla matematica: a fronte di un Fondo 2017 da 112,6 miliardi, il 2018 partirebbe da una base di 113,4 miliardi, e non già di 114 miliardi come nominalmente previsto, dovuta al contributo per 604 milioni delle Regioni a statuto ordinario. A questa cifra vanno sottratti almeno 1,3 miliardi, cioè il 2,9% del monte salari complessivo da 40 miliardi, necessari per chiudere i contratti della dirigenza sanitaria, del comparto e della convezionata». Risorse che oggi non sono previste nel Ddl di Bilancio, ma che «immaginiamo il Governo sia interessato a recuperare, vista anche la partita elettorale in corso -afferma l'assessore -. E sono risorse calcolate al minimo, che non tengono conto dell'effetto trascinamento nel privato».

Il quadro è estremamente complesso, anche se la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** ribadisce che «non c'è nessun definanziamento della Sanità pubblica. Nel 2013 c'erano 107 miliardi, oggi ce ne sono 114».

Le Regioni la pensano diversamente e hanno preparato gli emendamenti che ritengono utili per riequilibrare la situazione. «Siamo comunque al lavoro e continueremo a sentirci con il Mef fino al 7 novembre, quando le Regioni saranno audite sul Ddl di Bilancio - ha assicurato infatti Garavaglia - e crediamo ci siano soluzioni per venirne a capo. Quel che è certo, se la linea tracciata dal Governo dovesse essere confermata, è l'impatto sui nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza): si tratta di avere "meno servizi e più liste d'attesa". A oggi infatti il delisting che andava realizzato a livello ministeriale e che era stato promesso dal Dpcm sui Lea, rimane lettera morta. Del resto: politicamente è per così dire "antipatico" dire ai cittadini che si stanno tagliando prestazioni di cui fino a oggi avevano fruito. Il risultato è che i nuovi Lea corrispondono a: nessun risparmio e a costi in più. Ma con mezzo miliardo in meno del Fondo sanitario, come potranno le Regioni far fronte alle richieste di malati e famiglie?».

Infine, Garavaglia ha lanciato l'allarme disabili, per cui in manovra mancano i Fondi. «La famosa funzione trasferita dalle Province alle Regioni per il trasporto e l'assistenza disabili era finanziata per 75 milioni, ma in realtà si è speso molto di più: per esempio in Lombardia sono arrivati su questo capitolo 13,4 milioni ma ne abbiamo spesi 38, il tutto a fronte di un finanziamento nazionale di 75 milioni, che però al momento risulta essere zero. Spero che su questo tema il Governo e il Parlamento trovino una soluzione in tempo reale. Per questa partita specifica, se vogliamo finanziare per intero la funzione, come prevede una delle ultime sentenze della Corte costituzionale, servirebbero secondo stime del Governo 112 milioni di euro, invece dei 75 che non ci sono più, ma dai dati veri che abbiamo noi - ha concluso Garavaglia - sarebbero necessari intorno ai 140 milioni».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2017: 321.213
Diffusione 04/2017: 223.502
Lettori Ed. I 2017: 1.940.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

07-NOV-2017
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LISTE INFINITE E MANCATA ASSISTENZA

I bimbi in provetta costano fino a diecimila euro Flop della nuova legge

MALPELO ■ Alle pagine 8 e 9

Bimbi in provetta, assistenza flop Una corsa a ostacoli per le coppie

La nuova legge? Dopo nove mesi mancano le norme operative

Le tappe

La svolta
All'inizio del 2017 il governo annuncia la revisione totale dei livelli essenziali di assistenza. Una rivoluzione dopo 15 anni di attesa

L'elenco
Stanziati oltre 800 milioni. Nei nuovi livelli entrano cataratta, protesi e oltre 110 malattie rare. Rimborsata anche l'eterologa

La spesa
Il provvedimento vuole aiutare i tanti cittadini che ogni spendono complessivamente 34,8 miliardi di euro per farmaci e prestazioni

I problemi
A distanza di mesi, però, i nuovi Lea non decollano dal punto di vista operativo. Il governo spera di risolvere entro la fine dell'anno

Tante richieste

Tra impedimenti e freni burocratici, le liste di attesa continuano ad allungarsi

PAESE A DUE VELOCITÀ
Tutto slitta a fine anno Disparità di trattamento tra le regioni Nord-Sud

di ALESSANDRO MALPELO

I NUOVI nati in Italia sono scesi a 470mila: centomila in meno solo nell'ultimo decennio. Mettere al mondo bambini diventa una priorità prevista dai nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza. Lo scopo sarebbe quello di consentire alle coppie di avere un figlio senza imbarcarsi in procedure complesse, viaggi della speranza, come purtroppo accade oggi. Per arginare il fenomeno sono previste politiche sanitarie e sinergie tra specialisti già a partire dalla prevenzione, con una stretta collaborazione tra ginecologo, andrologo, biologo, psicologo, medico di medicina generale e persino nutrizionista.

Sono passati quasi nove mesi dal primo annuncio dei Lea ma si riscontrano ancora forti disparità di trattamento tra le regioni. Nei forum si rincorrono storie infelici che partono da regioni quali Puglia, Campania, Sardegna, Lazio. Sogni che si infrangono contro una realtà fatta di costi importanti da sostenere, di cicli da ripetere al Nord, lunghi viaggi attraverso lo Stivale. Anche dalle regioni virtuose meglio organizzate, tipo Lombardia, Emilia Romagna, Toscana ci sono donne che si muovono e spesso finiscono per recarsi all'estero.

Cinque regioni italiane hanno limitato mobilità e rimborsi per le coppie che desiderano ricorrere alla procreazione medicalmente assistita (Pma) sia omologa che eterologa. La maternità si paga anche diecimila euro e passa, abbiamo coppie che rinunciano per ristrettezze economiche, altre che dopo vari tentativi andati a vuoto gettano la spugna per raggiunti limiti di età.

PASSANO I MESI e la rete di assistenza sembra ingessata. Tra impedimenti e burocrazie le liste d'attesa si ingrossano, le regioni stentano a tener testa alle richieste. Cambiano da un territorio all'altro i criteri per accedere in convenzione alle cure. Facilmente scadono i termini previsti dei 43 anni o dei tre tentativi. Proliferano su Internet le compravendite di seme al limite della legalità e il turismo procreativo, viaggi della speranza per realizzare il desiderio del concepimento, delusioni e debiti. I donatori di ovuli e spermatozoi in Italia sono introvabili, si tirano indietro per vari motivi, anche per come viene regolamentato il sistema, dunque occorre procurarsi all'estero i gameti.

In Italia si sono insediate organizzazioni efficienti che fanno arrivare dall'estero precursori e prodotti del concepimento. Compriamo ovuli dalla Spagna, ma in Italia niente rimborso alle donazioni volontarie, quindi lo paghiamo ai fornitori stranieri.

EPPURE I LEA, anticipati a gennaio dal premier Gentiloni, pubblicati sulla Gazzetta ufficiale il 18 marzo, sono ancora in bilico.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2017: 321.213
Diffusione 04/2017: 223.502
Lettori Ed. I 2017: 1.940.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

07-NOV-2017
da pag. 8
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Lo scorso 27 luglio il ministro Beatrice Lorenzin, rispondendo a un'interrogazione parlamentare dei deputati Pd, Elena Carnevali e Salvatore Capone, aveva dichiarato che nel giro di due mesi sarebbero stati pienamente operativi, impegnandosi a «completare entro il mese di settembre tutti i complessi adempimenti procedurali necessari». Un'altra interrogazione della Carnevali, il 24 ottobre, ha precisato che nonostante il decreto sui nuovi Lea fosse stato pubblicato a marzo, mancavano ancora le tariffe, rendendo non fruibili le nuove prestazioni. Il sottosegretario Davide Faraone ha precisato che «è lecito supporre che la definitiva approvazione del decreto, che richiede il significativo passaggio in Conferenza Stato-Regioni, possa avvenire entro la fine del corrente anno».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2017: 138.370
Diffusione 05/2017: 113.790
Lettori Ed. I 2017: 292.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

07-NOV-2017
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Il clima pesa sulla salute Città italiane inquinate»

Al G7 di Milano impegno a un'azione comune L'appello: garantire cure a chi arriva in Europa

Lorenzin: privilegiati gli elementi che ci uniscono, anche se gli Usa sono contro Parigi. Bustreo (Oms): i vostri standard non adeguati

ENRICO NEGROTTI
MILANO

Di fronte alle sfide sanitarie che coinvolgono l'intero pianeta solo gli sforzi all'unisono possono produrre risultati. Per questo al G7 della Salute, che si è concluso ieri a Milano, si è puntato sulla ricerca del maggior consenso, «preservando gli elementi che ci uniscono rispetto a quelli che ci dividono» ha sottolineato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin nella conferenza stampa finale.

«Dopo una serrata discussione, siamo uniti nel dare un messaggio alle popolazioni dei nostri Paesi, così come a quelli sui quali abbiamo influenza, rispetto al fatto che la salute delle persone viene prima di tutto». Inquinamento ambientale e cambiamenti climatici, salute della donna e degli adolescenti, resistenza agli antibiotici e nuove infezioni erano i temi in agenda nella due giorni milanese per i rappresentanti dei governi di Canada, Francia, Germania, Giappone, Italia, Regno Unito e Stati Uniti, con il commissario europeo alla Sanità e i direttori generali di organismi internazionali come Oms, Fao, Ocse, Oie.

Sulla questione dei cambiamenti climatici, o piuttosto sul modo di affrontarli non si registra – come è noto da tempo – il consenso degli Stati Uniti, decisi a uscire dall'accordo di Parigi del 2016. Tuttavia si è riusciti a condividere all'unanimità la osservazione – come recita il comunicato finale – che «fattori legati al clima e all'ambiente possono aggravare i rischi sanitari esistenti e creare nuove minacce». Flavia Bustreo, vicedirettore Oms per la salute della famiglia, delle donne e dei bambini, ha osservato che «sull'inquinamento atmosferico i dati confermano che il 90% delle città, incluse quelle italiane (e quelle della pianura italiana sono in fondo alla classifica), hanno uno standard dell'aria che non sono adeguati rispetto alle raccomandazioni dell'Oms. E questo ha un impatto diretto sulla salute di donne, bambini e anziani». Alla necessità di un'azione comune hanno fatto riferimento i ministri del Canada (Paese organizzatore del prossimo G7), Regno Unito, Giappone e il commissario europeo Vytenis Andriukaitis, che ha sottolineato l'importanza di promuovere stili di vita adeguati, e la lotta al tabagismo e all'abuso di alcol. Mentre la rappresentante giapponese Michigo Takagi ha chiesto di mirare a un modello di «assistenza sanitaria universale».

Quanto alla salute della donna e dei fanciulli, Lorenzin ha segnalato che si è parlato «di nutrizione durante la gravidanza, dell'allattamento al seno e del ruolo della donna quale caregiver di salute nell'ambiente che la circonda (con l'Italia leader di buone pratiche)» e della salute mentale degli adolescenti. Un aspetto degno di particolare attenzione è stato quello della salute dei migranti, che spesso giungono in Europa già vittime di traumi, come sottolineato dal rappresentante tedesco. Lo ha evidenziato in mattinata Flavia Bustreo: «La malattia mentale nel 50% dei casi si sviluppa durante l'adolescenza. Molti minori migranti arrivano nel nostro Paese già fortemente traumatizzati, ma spesso i servizi sanitari non sono preparati a gestire i problemi legati alla salute mentale». Cui si aggiunge il fatto che «le donne sono state spesso oggetto di violenza durante il viaggio, e talvolta incinte». Un forte appello è venuto dal commissario Andriukaitis: «Dobbiamo trattare i migranti come tutti noi, perché sono esseri umani e sono nostri fratelli e sorelle, quindi dobbiamo dare loro libero accesso alle cure e assistere i Paesi che accolgono anche dal punto di vista della mediazione culturale e linguistica grazie alla formazione degli operatori».

Infine l'antibiotico-resistenza, tema annoso ma sempre più minaccia globale: «Le infezioni non rispettano i confini» ha commentato il ministro britannico Steve Brine. Si sono illustrate, ha evidenziato Lorenzin, sia le migliori esperienze realizzate nei diversi Paesi, sia gli aspetti tuttora critici. Per queste azioni servono finanziamenti. Anche se Lorenzin ha puntualizzato che «al G7 non si decidono stanziamenti economici, ma linee guida», Bustreo aveva segnalato che esiste l'impegno del «Global financial facility, ospitato all'interno della Banca mondiale, a sostenere gli investimenti per la salute della donna e del bambino. Già investiti 750 milioni, si cercano nuovi fondi per due miliardi da qui a luglio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media