



RASSEGNA STAMPA

23-02-2018

1. IL PICCOLO Novemila nuovi casi di tumore in FVG
2. Il GAZZETTINO Con le nuove cure in 80mila hanno battuto il cancro
3. GIORNALE Cancro, rivolta anti-Toffa «Il malato non è figo»
4. CORRIERE DELLA SERA La «veg» morta di cancro Veronesi: non è la dieta un'alternativa ai farmaci
5. ANSA Diceva di aver vinto il cancro con la dieta vegana, ma è morta
6. QUOTIDIANO SANITÀ Ema. Europarlamentari ad Amsterdam per sopralluogo.
La Via: “Qui ancora molto lontani dall’avere il Vivaldi Building”
7. SOLE 24 ORE Rimane la colpa medica «lieve»
8. ITALIA OGGI Linee guida al riordino
9. ITALIA OGGI Imperizia? Medico salvo
10. AVVENIRE Aiutiamo le vittime di azzardo e usura a uscire dal tunnel
11. QUOTIDIANO SANITA' Su Ema l'Italia si è rivelata poco attrezzata. Sul decreto vaccini è mancato il confronto con la popolazione
12. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Ema, guerra infinita di ricorsi Milano-Ue
13. CORRIERE DELLA SERA Sede dell'Ema: lite sul ricorso - Ema, il governo olandese si difende
14. ITALIA OGGI Sull'Ema una giornata di fuoco - Ema, è scontro di poteri

Novemila nuovi casi di tumore in Fvg

La stima è relativa al 2017. Crescono le diagnosi per le donne, stabili quelle negli uomini. Telesca: «Il paziente prima di tutto»

► PORDENONE

Nel 2017 in Friuli Venezia Giulia sono stati stimati 9.000 nuovi casi di tumore (4.750 uomini e 4.250 donne). Rispetto alla media annua rilevata dieci anni fa, si registra un andamento sostanzialmente stabile fra gli uomini (4.752 ogni anno nel triennio 2008-2010) e un incremento fra le donne (4.021). Le cinque neoplasie più frequenti nella Regione sono quelle del colon-retto (1.400 nuovi casi nel 2017), mammella (1.250), prostata (950), polmone (900) e melanoma (400). E il 61% dei residenti in Friuli Venezia Giulia (60,8% uomini e 61,4% donne) è vivo a cinque anni dalla diagnosi.

È questa la fotografia dell'universo cancro in tempo reale raccolta nel volume "I numeri del cancro in Italia 2017" realizzato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), dall'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum) e dalla Fondazione Aiom, e presentato ieri a Por-

denone con l'intervento dell'Assessore alla Salute della Regione Friuli Venezia Giulia, Maria Sandra Telesca. «Anche a livello nazionale si osserva un aumento delle neoplasie fra le donne - ha affermato la dottoressa Lucia Fratino del Dipartimento di Oncologia Clinica al Cro di Aviano e coordinatore Aiom Friuli Venezia Giulia -. Si stima che complessivamente ogni giorno nella nostra Regione si registrino 25 nuove diagnosi di tumore. Quello che veniva un tempo considerato un male incurabile è divenuto in moltissimi casi una patologia da cui si può guarire o con cui si può convivere a lungo con una buona qualità di vita». «Oggi per combattere il cancro abbiamo a disposizione nuovi agenti efficaci - ha precisato Fratino - come l'immunoterapia e farmaci a bersaglio molecolare (target therapy) oltre che tecnologia d'avanguardia come la chirurgia robotica e la radioterapia a protoni che si aggiungono al-

la chemioterapia, chirurgia e radioterapia». In Friuli Venezia Giulia si registrano alcuni dei valori più alti di adesione ai programmi di screening organizzati rispetto alla media nazionale (anno 2015): il 60,2% delle donne ha effettuato la mammografia per la diagnosi precoce del tumore della mammella (55% Italia), il 59,4% ha eseguito il Pap test per la prevenzione del tumore del collo dell'utero (39,8% Italia) e il 60,3% dei cittadini si è sottoposto al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci per individuare in fase precoce il tumore del colon retto (43% Italia).

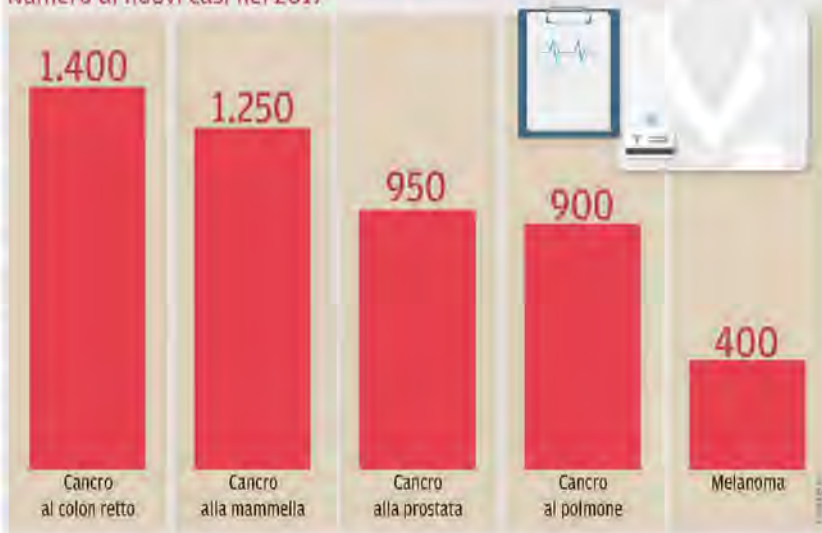
«I dati sull'adesione agli screening e quelli sulla sopravvivenza indicano l'ottimo livello delle cure garantito nella nostra Regione e sono merito del sistema complessivo di presa in carico regionale - ha sottolineato l'assessore regionale alla Salute Maria Sandra Telesca -. Il nostro impegno è di porre sempre il paziente al primo posto».



L'ingresso al Cro di Aviano

LE CINQUE NEOPLASIE PIÙ FREQUENTI IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Numero di nuovi casi nel 2017



La sanità che funziona

Con le nuove cure

in 80mila hanno

battuto il cancro

È il dato che riguarda provincia e regione Una battaglia che sta avendo successo

Resta però ancora alta l'incidenza ogni giorno circa 25 nuove diagnosi

LE VITTORIE

PORDENONE Sono 80 mila. È l'esercito che in provincia e regione ha battuto il cancro ed è sopravvissuto. Un numero che dà fiducia e che fa ben sperare per il futuro, ma a fronte di questo ce n'è un altro che preoccupa: ogni giorno, in provincia e regione 25 persone in media ricevono una diagnosi di tumore. In totale, si tratta di circa novemila persone l'anno, 4.750 uomini e 4.250 donne.

I NUMERI

“Quello che veniva un tempo considerato un male incurabile - spiega Lucia Fratino, del Dipartimento di Oncologia clinica del Cro di Aviano - è divenuto in moltissimi casi una patologia da cui si può guarire o con cui si può convivere a lungo con una buona qualità di vita, tanto che si comincia a parlarne come di malattie croniche, come il diabete e l'ipertensione, e anche di guarigione. Questo per la disponibilità di farmaci innovativi e di nuove metodiche tecnologiche: farmaci che permettono di essere efficaci, ma anche attenti a salvaguardare l'organismo delle persone, in particolare di quelle fragili e anziane”. I dati sono quelli contenuti nel volume “I numeri del cancro in Italia 2017”, realizzato dall'As-

sociazione italiana di oncologia medica (Aiom), dall'Associazione italiana registri tumori (Airtum) e dalla Fondazione Aiom. Rispetto ai dati di una decina d'anni fa, l'andamento si mostra sostanzialmente stabile fra gli uomini e in crescita fra le donne. Le cinque neoplasie più frequenti in regione sono quelle del colon-retto (1.400 nuovi casi nel 2017), della mammella (1.250), della prostata (950), del polmone (900) e il melanoma (400).

GLI ESITI

Quanto all'esito, il 61 per cento dei residenti (ossia il 60,8 per cento degli uomini e il 61,4 per cento delle donne) è vivo a cinque anni dalla diagnosi e cresce costantemente il numero di coloro che sono vivi dopo una diagnosi di neoplasia, avvicinandosi a quota 80mila. D'altra parte, nel 2014 sono stati 4.214 i decessi dovuti a tumore, principalmente del polmone (730), seguito da colon retto, pancreas, seno e fegato. “I dati relativi al Friuli Venezia Giulia -

spiega Luigino Dal Maso, componente della segreteria nazionale Airtum - sono abbastanza in linea con quelli delle altre regioni per quanto riguarda la sopravvivenza e testimoniano che anche in questa regione le malattie tumorali possono essere guarite, oltre che curate”. Le percentuali più alte di sopravvivenza riguardano il tumore al testicolo (98 per cento), quello alla prostata (95 per cento), quello alla tiroide (91 per cento) e quelli alla mammella e il melanoma (88 per cen-

**CON GLI SCREENING
E LA DIAGNOSI
PRECOCE
SONO AUMENTATE
LE POSSIBILITÀ
DI SOPRAVVIVENZA**



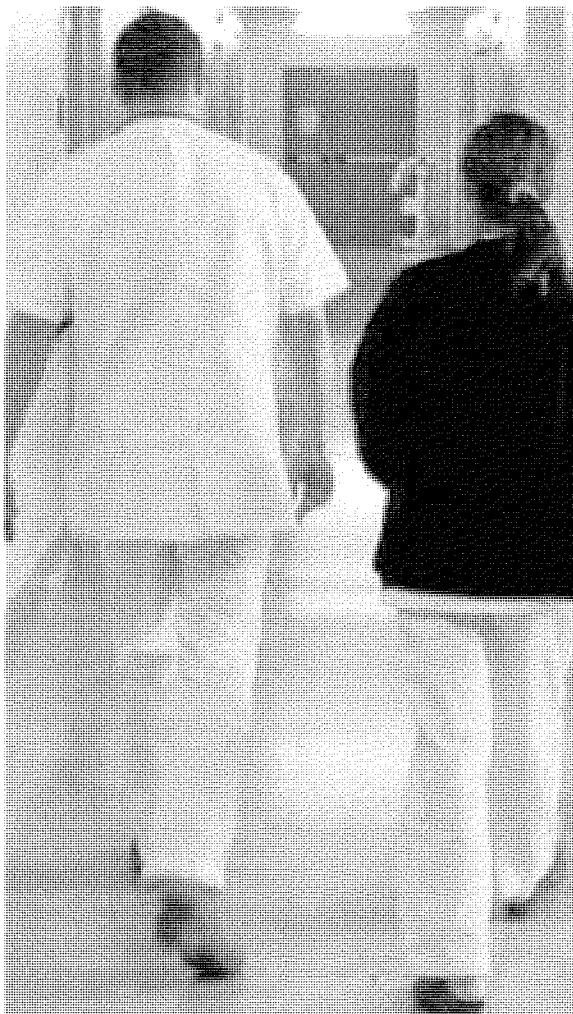
to).

GLI SCREENING

L'altro dato positivo riguarda l'alta adesione ai programmi di screening, nell'unica regione - sottolinea il direttore generale dell'Aas5 Giorgio Simon - nella quale sono attive tre campagne di screening oncologico: nel 2015, il 60,2 per cento delle donne ha effettuato la mammografia per la diagnosi precoce del tumore alla mammella (a fronte del 55 per cento in Italia), il 59,4 per cento ha eseguito il Pap test per la prevenzione del tumore del collo dell'utero (39,8 per cento in Italia) e il 60,3 per cento dei cittadini si è sottoposto al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, per individuare il tumore del colon retto (43 per cento in Italia). Per quanto riguarda infine i fattori di rischio, a preoccupare in Friuli Venezia Giulia - sottolinea Fabio Puglisi, direttore della Soc di Oncologia B del Cro - è soprattutto il consumo di alcol che riguarda molto di più del 16,9 per cento della media italiana.

Lara Zani

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DATO Ogni giorno in regione ci sono circa 25 diagnosi di cancro



I NUMERI Sono circa 80 mila le persone guarite o lungoviventi dopo una diagnosi di tumore e i numeri sono in aumento

LA POLEMICA

Cancro, rivolta anti-Toffa

«Il malato non è figo»

Il web replica alla star delle Iene: «Eroe è chi assiste i pazienti a rischio di morire»

La Fondazione Veronesi difende Nadia: «Utile il messaggio positivo»

Gaia Cesare

■ Quasi centomila condivisioni su Facebook. A tanto è arrivato il messaggio polemico di Melissa Cosentino (ripreso da un'imprenditrice perugina, Catia Brozzi), entrambe utenti come tante, sconosciute ai più, che replicano alla conduttrice de *Le Iene* Nadia Toffa, dopo il racconto di lei in tv: «Ho avuto un cancro, sono guarita. Porto la parrucca, non bisogna vergognarsi. I malati sono guerrieri».

L'impostazione della Toffa - che ha raccontato di un tumore sconfitto in due mesi grazie alla chemioterapia e alla radioterapia - ha scatenato molti commenti di sostegno ma anche critiche accese. L'ultima arriva proprio da Melissa, che in un lungo post ha raccontato l'altra faccia della medaglia, quella di chi scopre della malattia di un parente, nel suo caso la madre, ma la vede andare via per sempre proprio in due mesi. «Beate te, cara Nadia Toffa - scrive la

Cosentino - Sai, qui, nel mondo di noi comuni mortali, ci sono persone che in due mesi non riescono neanche ad avere una diagnosi, dati i tempi biblici delle prenotazioni ospedaliere, magari muoiono ancor prima di sapere di che male soffrissero. Qui ci sono persone - spiega ancora - che dopo addirittura decine di anni, quando ormai tutte le statistiche di questo (sporco) mondo li davano finalmente per guariti hanno ricominciato tutto daccapo». Un modo per sottolineare che la fotografia restituita dalla Toffa è parziale ed è quella di una paziente «fortunata». Polemica, poi, sui «protocolli», che «non tengono conto del fatto che ogni persona ha con sé una storia diversa, un organismo diverso e che può reagire in mille modi alle terapie ufficiali, fino a lasciarci la pelle, perché qui, nel nostro mondo, i medici ci avvisano che il protocollo ufficiale può funzionare ma può anche ucciderci». Infine la definizione di «persona figa», usata dalla Toffa per i malati di cancro. «Le persone fighe - scrive la Cosentino -

sono quelle che assistono un malato oncologico. I malati no, cara Nadia, non sono figli e non credo neanche si sentano figli».

Un dibattito nel quale, a distanza, si inserisce la direttrice generale della Fondazione Umberto Veronesi, Monica Ramaiooli, che al *Giornale* dice: «Non conosco Nadia Toffa e non ho avuto un contatto diretto con lei. Ma credo che abbia voluto parlare per scardinare quello che la parola cancro rappresenta per molti, che si vergognano o hanno paura anche solo a nominarla. Il suo mi è sembrato un messaggio di ottimismo, per dire, da malata: non abbiamo paura. È una psicologia positiva indispensabile di fronte ai tumori, più difficili da affrontare se si è depressi o scoraggiati. Non solo - aggiunge la Ramaiooli - Quella del cancro non è più una sentenza senza appello. La ricerca ha fatto enormi progressi. Negli anni '60, solo il 10% di chi aveva una leucemia sopravviveva, oggi la percentuale è all'80-85%. Questo è merito della ricerca, non perché la malattia è più debole o le persone sono più forti».



La «veg» morta di cancro Veronesi: non è la dieta un'alternativa ai farmaci

L'oncologo e la youtuber che diceva di essere guarita col cibo

Era una star di YouTube. Nei suoi video spiegava che la dieta vegana l'aveva guarita dal cancro al seno, scoperto nel 2015. Mari Lopez è morta lo scorso dicembre. A darne notizia è stata la nipote Liz in un video in cui rivela che il tumore si era esteso ai polmoni, al fegato e al sangue, nonostante un tardivo ciclo di chemio e radioterapia. Il decesso secondo la nipote non sarebbe però avvenuto «nonostante», bensì «a causa» di questi estremi tentativi. Non è una storia nuova. Che la dieta vegana possa guarire dal cancro è una fake news arrivata anche in Italia, propagandata da gruppi sui social network.

«La dieta vegana può andare bene ed essere coadiuvante delle terapie per chi ha avuto un tumore» spiega Paolo Veronesi, direttore del programma di senologia all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) di Milano. «Un'alimentazione corretta, vegana, vegetariana o meno, equilibrata e con un giusto apporto calorico, può anche contribuire a ridurre i rischi di recidiva della malattia, ma nessun regime dietetico può sostituire le terapie mediche appropriate, che ab-

bassano significativamente anche il rischio di metastasi» precisa lo specialista.

«Se si agisce tempestivamente le possibilità di guarigione dal cancro al seno ormai sono altissime. Non c'è motivo per sostituire i trattamenti disponibili con diete o altre ipotetiche soluzioni di non provata efficacia, a maggior ragione oggi che le cure sono molto meglio tollerate rispetto a quelle anche solo di pochi anni fa». «Non si tratta di demonizzare la dieta vegana o vegetariana» conclude Veronesi. «Anzi: è provato che ridurre l'apporto di proteine animali comporta molti benefici, ma non è di certo un'alternativa alle medicine».

Liz Lopez ha anche svelato che la zia avrebbe voluto rimuovere dal web i video in cui sosteneva che la dieta vegana potesse guarire il cancro, ma che lei non lo ha fatto: «Io credo ancora nell'importanza della dieta vegana, so che non guarisce il 100 per cento delle persone ma molti malati guariscono». Un atteggiamento ricorrente in chi ha una ferma convinzione e frequenta solo

in cui essa viene confermata e rinforzata. In questo tipo di circoli (virtuali e non) le voci di dissenso vengono di solito emarginate, ridicolizzate, o bollate di complicità con gruppi di potere vari, siano essi le industrie farmaceutiche o altro. L'antidoto è un'informazione corretta, che è a carico di tutti gli attori che giocano un ruolo nella comunicazione, dai medici ai mezzi di informazione ai caregiver.

Ma non è facile avere capacità di penetrazione dove c'è una coesione cementata da un robusto senso di appartenenza. Del resto è noto il fenomeno definito *dissonanza cognitiva*, a causa del quale il nostro cervello tende a resistere a informazioni che mettono in discussione idee radicate. È una resistenza che si può vincere con il coraggio di aprirsi a opinioni diverse, imparando a distinguere fasciazioni da dati oggettivi. Nel caso specifico esistono molti dati a favore dei benefici di una dieta vegana condotta in modo intelligente. Ma quanti dati convincenti esistono che possa guarire dal cancro da sola?

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Paolo Veronesi, 57 anni, è direttore del programma di senologia all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) di Milano



La vicenda

● Mari Lopez, morta nel dicembre scorso, era una youtuber di Houston (Texas) che gestiva con la nipote Liz il canale «Liz and Mari» con centinaia di migliaia di visualizzazioni

● Era diventata famosa per aver affermato di essere guarita da un tumore al seno grazie alla dieta vegana e alla fede

● Lopez sosteneva che una dieta di 90 giorni a base di succhi l'aveva guarita dal cancro che le era stato diagnosticato nel 2015

● La nipote Liz, nel dare la notizia del decesso, ha precisato che la malattia si era propagata a polmoni, fegato e sangue, nonostante un ciclo tardivo di chemio e radio. Ma secondo Liz la zia sarebbe morta proprio a causa di queste terapie



Su YouTube Mari Lopez, morta in dicembre, in uno dei video in cui raccontava di aver sconfitto il cancro adottando una dieta vegana

<http://www.ansa.it>

Diceva di aver vinto il cancro con la dieta vegana, ma è morta

Youtuber texana Mari Lopez aveva centinaia di migliaia di visualizzazioni



Era diventata famosa su YouTube, con centinaia di migliaia di visualizzazioni, affermando di essere guarita da un tumore al seno solo grazie alla dieta vegana e alla fede, ma è morta a causa del cancro. E' la storia di Mari Lopez, una donna di Houston che gestiva il canale 'Liz and Mari' insieme alla nipote.

Nei video Mari sostiene che una dieta di 90 giorni a base di succhi "ha rimosso l'infiammazione dal corpo", guarendola da un tumore avanzato al seno che le era stato diagnosticato nel 2015, affermando che il nuovo regime alimentare, che le sarebbe stato ispirato direttamente da Dio, l'aveva anche "guarita dall'omosessualità". A dare la notizia della morte è stata proprio la nipote in un video in cui rivela che la donna è morta lo scorso dicembre dopo che il cancro si era esteso ai polmoni, al fegato e al sangue, nonostante un tardivo ciclo di chemio e radio. Anzi, secondo Liz la zia sarebbe morta proprio perchè avrebbe abbandonato la dieta vegana e si sarebbe rivolta alla 'medicina tradizionale'. Quella che la dieta vegana possa guarire dal cancro è una bufala piuttosto diffusa, ed è arrivata anche in Italia, dove è propagandata da diversi gruppi soprattutto sui social.(ANSA).

quotidianosanita.it

Giovedì 22 FEBBRAIO 2018

“Su Ema l'Italia si è rivelata poco attrezzata. Sul decreto vaccini è mancato il confronto con la popolazione”. Parla Flavia Bustreo, ex candidata a DG dell'Oms, ora in lista con “10 volte meglio”

Medico, specialista in riabilitazione con una vastissima esperienza internazionale. Dal 2010 al 2017 è stata vice direttore dell'Oms e poi candidata italiana alla poltrona di DG della stessa organizzazione. Ora è tornata in Italia e ha accettato la candidatura alle politiche di 10 volte meglio. E sulla sanità e su cosa dovrebbe fare il nostro Paese in questo campo ha le idee molto chiare. A partire dall'affaire Ema e dal decreto sull'obbligo dei vaccini, due dossier che a suo avviso il Governo non ha saputo giocare al meglio

Flavia Bustreo è nata a Camposampiero, un piccolo paese in provincia di Padova, il 17 Agosto del 1961. Nel 1987 si laurea in medicina, poi la specializzazione in riabilitazione, “volevo fare il chirurgo ma mi dicevano che non era una carriera facile per una donna”, e poi via a una carriera di grande successo che colma con la vice direzione generale dell'Oms, dal 2010 al 2017, con delega alla Salute della Famiglia, delle Donne e dei Bambini.

Nel 2016 il Governo italiano la propone per la carica di Direttore generale dell'Oms (incarico che andò poi all'etiope Tedros Adhanom Ghebreyesus).

Ora Bustreo ha terminato il suo mandato all'Oms e la troviamo in Italia impegnata in una campagna elettorale difficile tra le file di una formazione politica nata proprio in occasione di queste elezioni: “10 volte meglio”.

L'abbiamo incontrata in questi giorni per capire il perché di questa scelta e anche per tracciare un panorama della realtà sanitaria italiana alla luce della sua straordinaria esperienza internazionale. E le sorprese non mancano, soprattutto sul decreto vaccini e su Ema.

Ma non potevamo non partire dai suoi 7 anni ai vertici dell'Oms.

Dottoressa Bustreo, quali sono stati i suoi dossier più impegnativi?

Il mio impegno si è concentrato nel promuovere azioni volte a ridurre la mortalità materna e infantile nel mondo e nell'arco di 20 anni siamo riusciti a dimezzare questo fenomeno che colpisce i bambini sotto i 5 anni. In questa battaglia l'Italia è stata in prima linea perché fino al 2015 l'Italia aveva la mortalità materna più bassa del mondo. Purtroppo negli anni successivi il trend è cambiato perdendo terreno e attualmente siamo 15° in questa speciale classifica. L'altro dossier estremamente impegnativo riguarda lo sviluppo per una strategia globale contro la violenza sulle donne e le bambine. Questo lavoro ha richiesto 3 anni di impegno ha coinvolto tutti i paesi del mondo perché gli aspetti della violenza su questi soggetti richiedevano una sensibilità particolare.

Qual è il risultato di cui le va più orgogliosa in questi anni?

Riguarda l'accordo di Parigi sui cambiamenti climatici poiché siamo riusciti a ricomprendere il diritto alla salute come elemento fondamentale del trattato.

Da poco ha aderito a 10 volte meglio , una nuova formazione politica. Quali sono i motivi di questo impegno e di questa scelta?

Perché è un gruppo politico che ha tre valori fondamentali non riscontrabili negli altri partiti: competenza, integrità e merito. Inoltre, osservando l'Italia dall'estero, sono sempre stata orgogliosa del nostro SSN. E' stata una delle più importanti conquiste sociali del nostro Paese e molti stati hanno copiato il nostro sistema. Ma negli ultimi anni ho assistito ad un declino inarrestabile motivato dal de-finanziamento pubblico, alla riforma del titolo V e

all'incapacità di valorizzare e formare ulteriormente i nostri operatori sanitari. Oggi abbiamo pochi medici, tra cui pochissimi geriatri e voglio ricordare che l'Italia è tra i Paesi più longevi. Tutto questo chiede a voce alta un cambio delle politiche pubbliche e un rinnovamento del nostro Ssn e questo può avvenire solo attraverso un nuovo modo di concepire la "cosa pubblica" che è rappresentato solamente da da10 volte meglio

L'Italia è un paese indebitato e la spesa sanitaria incide tanto sui nostri capitoli di bilancio. Dove troverete le coperture?

Bisogna intervenire su quel 20% di spesa sanitaria inefficiente eliminando gli sprechi gestionali. La prima scommessa è come rendere gli investimenti attuali più efficaci e questo ragionamento bisogna allargarlo anche alle regioni. Successivamente bisogna spostare gli investimenti pubblici su quei settori che permettono la valorizzazione del capitale umano e conseguentemente bisogna ridurre gli sforzi economici in comparti economici come quello relativo alla produzione di armi. Poi, non di secondaria importanza, bisogna diffondere e valorizzare anche all'estero le conoscenze scientifiche italiane, le nostre capacità nel campo della medicina sia di base che specialistica. Abbiamo dei poli di eccellenza che andrebbero potenziati come gli ospedali che lavorano senza produrre emissioni di anidride carbonica.

Qual è la vostra posizione sulla riforma del titolo V? Volete un ritorno alla situazione pre-2001 oppure proponete una terza via?

Negli altri paesi europei la decentralizzazione per la gestione dei sistemi sanitari è un dato acquisito. Noi non vogliamo un ritorno al 2001. Però dev'essere chiaro chi decide e quali sono le eventuali sanzioni. Inoltre le politiche sanitarie devono essere sempre di responsabilità nazionale. Dare un ampio margine alle regioni significa creare 20 sistemi sanitari differenti dove quella più forte ha maggior peso contrattuale nei confronti dello stato centrale.

In Italia c'è un drastico calo della copertura vaccinale, come si spiega questo fenomeno?

Questo fenomeno non è presente solo in Italia e risale alla fine degli anni '90 dopo la pubblicazione di un articolo infelice da parte di Andrew Jeremy Wakefield pubblicato su The Lancet un settimanale scientifico molto importante. Il documento suggeriva un'associazione tra il vaccino triplice che immunizza il morbillo, la rosolia e la varicella con lo sviluppo del fenomeno autistico. L'articolo fu ritirato e il medico fu poi radiato dall'albo dei medici inglesi. Ma ciononostante ha continuato a predicare queste teorie anche negli USA avendo un buon eco internazionale. Per quanto riguarda il nostro paese bisogna dire che abbiamo perso la memoria storica su tante malattie infettive bloccate attraverso i vaccini. Le mamme di adesso, per fortuna, non hanno visto un bambino con la poliomielite o la disparite. Si può dire che la mancanza di esperienza concreta riduce l'attenzione rispetto al problema e bisogna intervenire su questo.

Lei è d'accordo sulla misura del governo di rendere obbligatorio alcune vaccinazioni?

Faccio una premessa: l'OMS non ha mai emesso una raccomandazione per l'obbligatorietà vaccinale. In ogni caso bisogna dire che l'Italia si è trovata in una situazione di estrema emergenza essendo diventato il secondo paese in Europa con il più alto numero di casi di morbillo. I casi sono più di 5.000.

Quindi è d'accordo con il contenuto del decreto Lorezin?

Il provvedimento deve trovare ancora una sua piena attuazione anche se presenta delle criticità. La prima: è stato costruito senza un collegio di esperti e questo ha reso il provvedimento attaccabile da molte parti politiche. Infatti l'OMS raccomanda, a quei paesi che intendono introdurre di nuovi vaccini, di dotarsi di un comitato scientifico indipendente che discuta pubblicamente degli effetti scientifici e degli eventuali benefici del prodotto in questione. Il secondo errore che io ravvedo riguarda la mancata partecipazione della popolazione nel processo di formazione della legge. Si sarebbe dovuto realizzare una campagna di ascolto per capire l'opinione delle famiglie sul caso.

Vicenda EMA. Che idea si è fatta?

Io penso che siano stati fatti degli errori. All'inizio di questa vicenda io speravo in un progetto diverso, di grande portata per il futuro. Immaginavamo una European Food and Drug Administration su stile americano. Quindi un'agenzia regolatoria sia per i farmaci che per gli alimenti.

Perché questo ampliamento di competenze?

Ritengo che nei prossimi anni il rapporto farmaco-alimenti diventi fondamentale. Ad esempio basti pensare all'uso inadeguato di antibiotici nel settore dell'allevamento bovino. Inoltre voglio segnalare che Parma ospita da quasi 20 anni l'Autorità europea per la sicurezza alimentare che poteva essere integrata con l'EMA.

Lei dice che il nostro progetto aveva una portata limitata?

Sì e non solo. E' mancata una strategia chiara su come si arriva a convincere gli altri Paesi a votarci. L'Italia

sembra non essere attrezzata per vincere queste competizioni e non è la prima volta che succede in ambito internazionale.

Quindi il nostro punto debole secondo lei è stata la campagna di persuasione a favore di Milano?

Il ministero degli Affari esteri olandese ha fatto una vera e propria campagna elettorale ed è riuscito ad avere i voti degli altri paesi europei. Però bisogna ricordare che gli olandesi sembra che abbiano ommesso diversi dati nel dossier con il quale presentavano la candidatura di Amsterdam, e questo determina un'altra colpa.

E quale sarebbe?

Sta a significare che il nostro Paese non era a conoscenza dell'offerta degli altri competitor.

Però è compito degli organi giudicanti valutare i requisiti di un progetto. O sbaglio?

E' vero quello che lei dice. Però quando si entra in una competizione internazionale bisogna avere ben chiaro come si svolge una competizione, chi sono i soggetti che vi partecipano e quali sono i punti di forza e di debolezza dei progetti altrui. Ci vuole una fase di studio preliminare. Io ho tanta esperienza di negoziazioni internazionali e ad un certo punto era chiaro che i concorrenti forti sarebbero stati Milano, Barcellona e Amsterdam e quindi era preferibile indagare anche sugli altri. In ogni caso spero vivamente che si possa in qualche modo rivedere questa decisione perché il dossier olandese presenta delle lacune.

Pasquale Quaranta

Cassazione. Depositare le motivazioni delle Sezioni unite che dirimono il contrasto sulla riforma della responsabilità varata nel 2017

Rimane la colpa medica «lieve»

L'osservanza delle linee guida non esclude l'imperizia da parte del professionista

Riccardo Borsari

■ Sono state depositate ieri le motivazioni della sentenza 8770/18, con la quale le Sezioni unite della Cassazione hanno affrontato il contrasto giurisprudenziale sul perimetro della nuova disciplina della responsabilità sanitaria (legge 24/2017) e i correlati profili di diritto intertemporale. Le Sezioni unite affrontano una pluralità di temi nell'intento di offrire un'interpretazione costituzionalmente conforme della nuova legge e di individuare il significato più coerente del dato precettivo, alla luce delle finalità perseguite dal legislatore.

La Corte, pur evidenziando come in ciascuna delle due sentenze alla base del contrasto (Tarabori e Cavazza) siano state formulate osservazioni condivisibili, rimarca la mancanza di una sintesi interpretativa complessiva, capace di delineare l'effettiva portata del nuovo articolo 590-sexies del Codice penale. Si segnala l'attenzione rivolta alle linee guida, le quali, anche a seguito della procedura introdotta dalla nuova disciplina, non perdono la loro intrinseca essenza di condensato delle acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti i singoli ambiti operativi, enucleate dopo accurata selezione, pur senza pretese di fissità e vincolatività.

La Corte, poi, non condivide l'impostazione delle due sentenze sull'estensione della causa di non punibilità introdotta dal nuovo articolo 590-sexies: l'una commette infatti l'errore di non conservarne alcuno spazio di operatività, offrendone un'interpretazione abrogatrice collidente con l'intento del legislatore di contrastare la «medicina difensiva»; l'altra valorizza la norma in modo assoluto, attribuendole una portata impropriamente lata. Presupposto per l'operatività della causa di non punibilità è il fatto che il sanitario abbia cagionato per colpa da imperizia l'evento lesivo o mortale, pur essendosi attenuto alle linee gui-

da adeguate al caso di specie. L'efficienza dell'individuazione, selezione ed esecuzione delle linee guida adeguate sono, infatti, articolate al punto che la mancata realizzazione di un segmento del relativo percorso giustifica ed è compatibile tanto con l'affermazione che le linee guida sono state nel loro complesso osservate, quanto con la contestuale rilevazione di un errore parziale che, nonostante ciò, si sia verificato, con valenza addirittura decisiva rispetto all'evento morte o lesioni colpose.

Per le Sezioni unite la mancata evocazione esplicita della «colpa lieve» da parte del legislatore non impedisce di tenerne conto, posto che l'esenzione da pena per il sanitario rispettoso delle raccomandazioni in tanto si comprende in quanto tale osservanza si auspica a eliminare la commissione di errore colpevole non grave, eppure causativo dell'evento.

La Corte affronta anche il tema dell'individuazione della legge più favorevole, enucleando i casi immediatamente apprezzabili: la disciplina previgente (legge 189/2012) risulta più favorevole in relazione alle contestazioni per comportamenti negligenti o imprudenti del sanitario, commessi prima della riforma, con colpa lieve, nonché nell'ambito della colpa da imperizia, qualora l'errore determinato da colpa lieve sia caduto sul momento «selettivo» delle linee guida e, cioè, sulla valutazione della loro appropriatezza. Infine, sempre nell'ambito della colpa da imperizia, l'errore determinato da colpa lieve nella sola fase attuativa andava esente per la legge Balduzzi ed è oggetto di causa di non punibilità in base all'articolo 590-sexies, essendo, in tale prospettiva, influente, in relazione all'attività del giudice che si trovia a decidere con la nuova legge su fatti verificatisi antecedentemente alla sua entrata in vigore, la qualificazione giuridica dello strumento tecnico attraverso il quale giungere al verdetto liberatorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RESPONSABILITÀ SANITARIA/1

Linee guida al riordino

Rischio clinico elevato, istanze sociali e bisogni percepiti dalla popolazione, benefici potenziali derivanti dalla produzione di linee guida, diseguaglianze nei processi sanitari ed esiti assistenziali, variabilità delle pratiche professionali non giustificate dalle evidenze disponibili e impatto epidemiologico delle malattie sulla popolazione italiana. Sono questi i parametri previsti nello schema di decreto del ministro della salute che, in applicazione dell'articolo 5 della legge 24/2017 sulla responsabilità sanitaria, serviranno a riordinare tutto il sistema delle linee guida creato nel 2004. Il provvedimento approvato ieri dalla conferenza stato regioni prevede che il Sistema nazionale linee guida (Snlg), istituito presso l'Istituto superiore di sanità, venga definito come il punto unico di accesso alle linee guida relative all'esecuzione delle prestazioni sanitarie preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale a cui si devono attenere gli operatori sanitari. La gestione del Snlg è attribuita ad un comitato strategico che si riunisce su convocazione del coordinatore, il presidente dell'Istituto Superiore di sanità, e ha la facoltà di avvalersi della collaborazione di esperti e consultare associazioni di pazienti e/o cittadini, rappresentanti di enti di ricerca e università, rappresentanti delle federazioni degli Ordini delle professioni sanitarie, rappresentanti di società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche non incluse nell'elenco previsto dal decreto della Salute 2 agosto 2017. Inoltre lavorerà per evitare che ci sia una duplicazione e sovrapposizione di linee guida; per monitorare annualmente lo sviluppo del Sistema nazionale linee guida, e affinché ci sia un tasso di diffusione e recepimento delle stesse efficiente. Successivamente dovrà presentare annualmente al **ministero della salute** una relazione sull'attività svolta. Infine, per quanto riguarda le tempistiche, il tempo tra l'ammissione della proposta di linea guida e la sua presentazione all'Istituto superiore di sanità per il giudizio di merito non potrà essere superiore ai due anni e né inferiore a sei mesi.

Pasquale Quaranta

© Riproduzione riservata ■



RESPONSABILITÀ SANITARIA/2

Imperizia? Medico salvo

Non può essere condannato in sede penale per la morte o le lesioni colpose al paziente il medico che sceglie le linee-guida adeguate da applicare al caso concreto ma poi compie un errore di imperizia nell'attuarle, restando nell'ambito della colpa lieve. E ciò perché la legge Gelli-Bianco ha introdotto l'inedita causa di non punibilità ex articolo 590 sexies Cp per liberare i camici bianchi dai ceppi della medicina difensiva, restituendo loro la serenità necessaria per intervenire sui malati. Lo stabiliscono le Sezioni unite penali della Cassazione con la sentenza 8770/18, pubblicata il 22 febbraio.

La novella 24/2017 è chiara sul punto: risulta escluso che l'errore non punibile possa riguardare la selezione da parte del medico delle best practice da applicare al caso concreto. L'unica interpretazione che può dunque dare applicazione concreta all'articolo 590 sexies Cp è che la non punibilità riguardi la fase di attuazione delle linee guida: deve dunque ritenersi che l'ordinamento non punisca l'adempimento del professionista che si rivela imperfetto, quando cioè lo scostamento dagli standard è marginale o di minima entità. Il concetto di colpa

lieve, invero, è rimasto intrinseco alla formulazione del nuovo precetto: è un dato di fatto che la legge precedente, la Balduzzi, ha disciplinato la sola colpa lieve come ipotesi che va sottratta alla responsabilità penale, a determinate condizioni.

Per il resto è confermato che chi esercita la professione sanitaria risponde quando la morte o la lesione al paziente si è configurata per colpa anche lieve da negligenza o imprudenza. Idem vale per colpa lieve da imperizia quando il caso non è regolato da linee guida o best practice. Scatta la responsabilità anche nelle ipotesi di imperizia per colpa lieve nella scelta delle linee guida e per colpa grave nell'esecuzione di best practice adeguate. Veniamo alla legge più favorevole per l'imputato. Per le condotte ante riforma connotate da negligenza o imprudenza con colpa lieve è più favorevole la legge Balduzzi, che le riteneva esenti da responsabilità. Idem vale per la colpa lieve da imperizia nella scelta delle linee guida più appropriate: anche qui è più severa la Gelli-Bianco. Resta ferma la responsabilità civile anche per colpa lieve.

Dario Ferrara



«Aiutiamo le vittime di azzardo e usura a uscire dal tunnel»

**Nel messaggio inviato
alla Consulta nazionale
il Pontefice chiede di
impegnarsi con coraggio
al fianco delle vittime di
questa subdola violenza
L'intervento di Maffei**

«**S**tiamo attraversando tempi assai difficili che vedono la corruzione insinuarsi ovunque». Lo sottolinea il Papa nel messaggio inviato alla Consulta nazionale antiusura, riunita ieri a Roma nella sede della Conferenza episcopale italiana. Parlando della missione della Consulta ricevuta in udienza il 3 febbraio scorso Francesco ringrazia per la donazione effettuata nella circostanza ed esorta «a mantenere elevato il livello di attenzione nei riguardi delle vittime di questa subdola violenza, affinché ogni persona si senta ascoltata e guidata per uscire dalla spirale dell'esclusione e d'iniuità». Quindi l'auspicio che «sempre più numerosi siano coloro che escono dal tunnel dell'usura e dell'azzardo». Dal canto suo don Ivan Maffei, direttore dell'Ufficio per le comunicazioni sociali e sottosegretario della Cei, nel saluto introduttivo alla tavola rotonda "Usura, azzardo e mass media", promossa, assieme alla Consulta, dalla Fisc (Federazione italiana settimanali cattolici) ha sottolineato il ruolo dei giornalisti «nella costruzione di una cultura della legalità e giustizia». Un impegno che ha visto il «lavoro capillare dei settimanali diocesani» – ha sottolineato Maffei – e soprattutto il quotidiano Avvenire «che in questo si è distinto e ha assunto un impegno costante». «Avvenire – ha proseguito – ha sempre dato voce alle associazioni, alla Consulta con il presidente monsignor Alberto D'Urso, alla Caritas e a tutti coloro che, sul territorio, cittadini e amministratori, si impegnano per contrastare l'azzardo e l'usura». Maffei ha inoltre ricordato la partecipazione, mercoledì, «con il segretario generale della Cei, monsignor Nunzio Galantino e con il vescovo di Locri-Gerace, monsignor Francesco Oliva, alla presentazione della relazione finale della Commissione parlamentare antimafia, al Senato. Una presenza significativa, a dire di una Chiesa che rompe il silenzio e l'omertà, portando avanti un'opera quotidiana di liberazione delle coscienze». (Red.Cath.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Giovedì 22 FEBBRAIO 2018

“Su Ema l'Italia si è rivelata poco attrezzata. Sul decreto vaccini è mancato il confronto con la popolazione”. Parla Flavia Bustreo, ex candidata a DG dell'Oms, ora in lista con “10 volte meglio”

Medico, specialista in riabilitazione con una vastissima esperienza internazionale. Dal 2010 al 2017 è stata vice direttore dell'Oms e poi candidata italiana alla poltrona di DG della stessa organizzazione. Ora è tornata in Italia e ha accettato la candidatura alle politiche di 10 volte meglio. E sulla sanità e su cosa dovrebbe fare il nostro Paese in questo campo ha le idee molto chiare. A partire dall'affaire Ema e dal decreto sull'obbligo dei vaccini, due dossier che a suo avviso il Governo non ha saputo giocare al meglio

Flavia Bustreo è nata a Camposampiero, un piccolo paese in provincia di Padova, il 17 Agosto del 1961. Nel 1987 si laurea in medicina, poi la specializzazione in riabilitazione, “volevo fare il chirurgo ma mi dicevano che non era una carriera facile per una donna”, e poi via a una carriera di grande successo che colma con la vice direzione generale dell'Oms, dal 2010 al 2017, con delega alla Salute della Famiglia, delle Donne e dei Bambini.

Nel 2016 il Governo italiano la propone per la carica di Direttore generale dell'Oms (incarico che andò poi all'etiope Tedros Adhanom Ghebreyesus).

Ora Bustreo ha terminato il suo mandato all'Oms e la troviamo in Italia impegnata in una campagna elettorale difficile tra le file di una formazione politica nata proprio in occasione di queste elezioni: “10 volte meglio”.

L'abbiamo incontrata in questi giorni per capire il perché di questa scelta e anche per tracciare un panorama della realtà sanitaria italiana alla luce della sua straordinaria esperienza internazionale. E le sorprese non mancano, soprattutto sul decreto vaccini e su Ema.

Ma non potevamo non partire dai suoi 7 anni ai vertici dell'Oms.

Dottoressa Bustreo, quali sono stati i suoi dossier più impegnativi?

Il mio impegno si è concentrato nel promuovere azioni volte a ridurre la mortalità materna e infantile nel mondo e nell'arco di 20 anni siamo riusciti a dimezzare questo fenomeno che colpisce i bambini sotto i 5 anni. In questa battaglia l'Italia è stata in prima linea perché fino al 2015 l'Italia aveva la mortalità materna più bassa del mondo. Purtroppo negli anni successivi il trend è cambiato perdendo terreno e attualmente siamo 15° in questa speciale classifica. L'altro dossier estremamente impegnativo riguarda lo sviluppo per una strategia globale contro la violenza sulle donne e le bambine. Questo lavoro ha richiesto 3 anni di impegno ha coinvolto tutti i paesi del mondo perché gli aspetti della violenza su questi soggetti richiedevano una sensibilità particolare.

Qual è il risultato di cui le va più orgogliosa in questi anni?

Riguarda l'accordo di Parigi sui cambiamenti climatici poiché siamo riusciti a ricomprendere il diritto alla salute come elemento fondamentale del trattato.

Da poco ha aderito a 10 volte meglio , una nuova formazione politica. Quali sono i motivi di questo impegno e di questa scelta?

Perché è un gruppo politico che ha tre valori fondamentali non riscontrabili negli altri partiti: competenza, integrità e merito. Inoltre, osservando l'Italia dall'estero, sono sempre stata orgogliosa del nostro SSN. E' stata una delle più importanti conquiste sociali del nostro Paese e molti stati hanno copiato il nostro sistema. Ma negli ultimi anni ho assistito ad un declino inarrestabile motivato dal de-finanziamento pubblico, alla riforma del titolo V e

all'incapacità di valorizzare e formare ulteriormente i nostri operatori sanitari. Oggi abbiamo pochi medici, tra cui pochissimi geriatri e voglio ricordare che l'Italia è tra i Paesi più longevi. Tutto questo chiede a voce alta un cambio delle politiche pubbliche e un rinnovamento del nostro Ssn e questo può avvenire solo attraverso un nuovo modo di concepire la "cosa pubblica" che è rappresentato solamente da da10 volte meglio

L'Italia è un paese indebitato e la spesa sanitaria incide tanto sui nostri capitoli di bilancio. Dove troverete le coperture?

Bisogna intervenire su quel 20% di spesa sanitaria inefficiente eliminando gli sprechi gestionali. La prima scommessa è come rendere gli investimenti attuali più efficaci e questo ragionamento bisogna allargarlo anche alle regioni. Successivamente bisogna spostare gli investimenti pubblici su quei settori che permettono la valorizzazione del capitale umano e conseguentemente bisogna ridurre gli sforzi economici in comparti economici come quello relativo alla produzione di armi. Poi, non di secondaria importanza, bisogna diffondere e valorizzare anche all'estero le conoscenze scientifiche italiane, le nostre capacità nel campo della medicina sia di base che specialistica. Abbiamo dei poli di eccellenza che andrebbero potenziati come gli ospedali che lavorano senza produrre emissioni di anidride carbonica.

Qual è la vostra posizione sulla riforma del titolo V? Volete un ritorno alla situazione pre-2001 oppure proponete una terza via?

Negli altri paesi europei la decentralizzazione per la gestione dei sistemi sanitari è un dato acquisito. Noi non vogliamo un ritorno al 2001. Però dev'essere chiaro chi decide e quali sono le eventuali sanzioni. Inoltre le politiche sanitarie devono essere sempre di responsabilità nazionale. Dare un ampio margine alle regioni significa creare 20 sistemi sanitari differenti dove quella più forte ha maggior peso contrattuale nei confronti dello stato centrale.

In Italia c'è un drastico calo della copertura vaccinale, come si spiega questo fenomeno?

Questo fenomeno non è presente solo in Italia e risale alla fine degli anni '90 dopo la pubblicazione di un articolo infelice da parte di Andrew Jeremy Wakefield pubblicato su The Lancet un settimanale scientifico molto importante. Il documento suggeriva un'associazione tra il vaccino triplice che immunizza il morbillo, la rosolia e la varicella con lo sviluppo del fenomeno autistico. L'articolo fu ritirato e il medico fu poi radiato dall'albo dei medici inglesi. Ma ciononostante ha continuato a predicare queste teorie anche negli USA avendo un buon eco internazionale. Per quanto riguarda il nostro paese bisogna dire che abbiamo perso la memoria storica su tante malattie infettive bloccate attraverso i vaccini. Le mamme di adesso, per fortuna, non hanno visto un bambino con la poliomielite o la disparite. Si può dire che la mancanza di esperienza concreta riduce l'attenzione rispetto al problema e bisogna intervenire su questo.

Lei è d'accordo sulla misura del governo di rendere obbligatorio alcune vaccinazioni?

Faccio una premessa: l'OMS non ha mai emesso una raccomandazione per l'obbligatorietà vaccinale. In ogni caso bisogna dire che l'Italia si è trovata in una situazione di estrema emergenza essendo diventato il secondo paese in Europa con il più alto numero di casi di morbillo. I casi sono più di 5.000.

Quindi è d'accordo con il contenuto del decreto Lorezin?

Il provvedimento deve trovare ancora una sua piena attuazione anche se presenta delle criticità. La prima: è stato costruito senza un collegio di esperti e questo ha reso il provvedimento attaccabile da molte parti politiche. Infatti l'OMS raccomanda, a quei paesi che intendono introdurre di nuovi vaccini, di dotarsi di un comitato scientifico indipendente che discuta pubblicamente degli effetti scientifici e degli eventuali benefici del prodotto in questione. Il secondo errore che io ravvedo riguarda la mancata partecipazione della popolazione nel processo di formazione della legge. Si sarebbe dovuto realizzare una campagna di ascolto per capire l'opinione delle famiglie sul caso.

Vicenda EMA. Che idea si è fatta?

Io penso che siano stati fatti degli errori. All'inizio di questa vicenda io speravo in un progetto diverso, di grande portata per il futuro. Immaginavamo una European Food and Drug Administration su stile americano. Quindi un'agenzia regolatoria sia per i farmaci che per gli alimenti.

Perché questo ampliamento di competenze?

Ritengo che nei prossimi anni il rapporto farmaco-alimenti diventi fondamentale. Ad esempio basti pensare all'uso inadeguato di antibiotici nel settore dell'allevamento bovino. Inoltre voglio segnalare che Parma ospita da quasi 20 anni l'Autorità europea per la sicurezza alimentare che poteva essere integrata con l'EMA.

Lei dice che il nostro progetto aveva una portata limitata?

Sì e non solo. E' mancata una strategia chiara su come si arriva a convincere gli altri Paesi a votarci. L'Italia

sembra non essere attrezzata per vincere queste competizioni e non è la prima volta che succede in ambito internazionale.

Quindi il nostro punto debole secondo lei è stata la campagna di persuasione a favore di Milano?

Il ministero degli Affari esteri olandese ha fatto una vera e propria campagna elettorale ed è riuscito ad avere i voti degli altri paesi europei. Però bisogna ricordare che gli olandesi sembra che abbiano omesso diversi dati nel dossier con il quale presentavano la candidatura di Amsterdam, e questo determina un'altra colpa.

E quale sarebbe?

Sta a significare che il nostro Paese non era a conoscenza dell'offerta degli altri competitor.

Però è compito degli organi giudicanti valutare i requisiti di un progetto. O sbaglio?

E' vero quello che lei dice. Però quando si entra in una competizione internazionale bisogna avere ben chiaro come si svolge una competizione, chi sono i soggetti che vi partecipano e quali sono i punti di forza e di debolezza dei progetti altrui. Ci vuole una fase di studio preliminare. Io ho tanta esperienza di negoziazioni internazionali e ad un certo punto era chiaro che i concorrenti forti sarebbero stati Milano, Barcellona e Amsterdam e quindi era preferibile indagare anche sugli altri. In ogni caso spero vivamente che si possa in qualche modo rivedere questa decisione perché il dossier olandese presenta delle lacune.

Pasquale Quaranta

Ema, guerra infinita di ricorsi Milano-Ue

Il Consiglio europeo: dall'Italia richiesta irricevibile. Ma in Olanda lavori in stallo

La vicenda

Il business

L'Ema, l'Agenzia europea del farmaco, ha attualmente sede a Londra. Ha 775 addetti nello staff più 5.500 consulenti. Il budget annuo è di 325 milioni di euro, volume d'affari 1,5 miliardi

Effetto Brexit

Dopo la Brexit si è dovuto trasferire da Londra le agenzie europee (Ema ed Eba). Per l'Ema, dopo un iniziale duello fra Milano e Bratislava, è emersa la candidatura di Amsterdam

Sorteggio beffa

L'Italia ha perso solo al sorteggio. Ma il danno e la beffa erano arrivati già prima: durante l'ultimo voto, Milano aveva perso il sostegno, dato per sicuro, di Spagna e Germania

La querelle

Governo, Comune di Milano e Regione Lombardia hanno fatto ricorso contro il trasferimento dell'Ema ad Amsterdam. Duello con il Consiglio dell'Unione europea

Alessandro Farruggia

■ MILANO

RICORSO «manifestamente irricevibile». No, «fondato e ricevibile». Divampa la battaglia dei ricorsi sulla scelta di Amsterdam come nuova sede Ema. Il ricorso di Milano sulla sede dell'Agenzia europea del farmaco «è manifestamente irricevibile», sostiene l'ufficio giuridico del Consiglio della Ue nella memoria difensiva depositata nell'ambito del ricorso intentato dal Comune di Milano per bloccare il trasferimento della sede di Ema ad Amsterdam. Per i legali del Consiglio Europeo l'azione legale intentata da Milano «avrebbe ripercussioni estremamente serie sul corretto funzionamento dell'agenzia e la possibilità per la stessa di assolvere efficacemente al suo compito di grande interesse pubblico».

Ma il sindaco di Milano, Giuseppe Sala, risponde a tono: «Il ricorso è ricevibile e legittimo. E la partita è più che mai aperta». Nella partita interviene anche il premier Gentiloni. «Quello che dobbiamo verificare – dice – è se nella candidatura di Amsterdam le cose erano fatte bene e dobbiamo farlo con un gioco di squadra. Quanto al parere dei servizi giuridici del Consiglio europeo è un parere, ma è il tribunale che decide». Come dire che la partita non è chiusa.

A dimostrarlo è stata la visita ad Amsterdam di una delegazione di parlamentari europei che ha confermato come la sede provvisoria sia diversa da quella presentata nella procedura di selezione – in sostanza l'Olan-

da ha barato – e che la sede definitiva è a oggi un pezzo di terra da edificare in tempi record.

«**LA SEDE** temporanea è un buon edificio, adeguato per qualche mese, che non ha bisogno di un eccessivo lavoro per essere pronto. Il nostro problema è sui ritardi nella costruzione del Vivaldi, la sede definitiva. Adesso non esiste e che sia pronta per il novembre 2019 ho molti dubbi nonostante le assicurazioni degli olandesi», dice Giovanni La Via (FI), presidente della delegazione dell'Europarlamento. «La sede permanente è a zero e non esiste un piano B», attacca Piernicola Pedicini del M5S. E Mercedes Bresso del Pd va oltre. «La decisione non è stata presa con un voto formale del Consiglio e non è stato rispettato il potere legislativo del Parlamento europeo, che ha potere di codecisione e non può essere messo di fronte al fatto compiuto. Lunedì in commissione Affari costituzionali proporrò al Parlamento Ue di richiedere una procedura concertata di trilogia (incontro con rappresentanti di Parlamento, Consiglio e Commissione, ndr). E lo stesso altri colleghi faranno in commissione ambiente».

«La questione Ema – dicono Fabio Massimo Castaldo, vicepresidente del Parlamento europeo, e Marco Valli, eurodeputato M5S – è ancora aperta. Non dimentichiamo che la decisione sulla nuova sede è stata presa tramite una procedura priva di valore legale. Il Parlamento europeo si esprimerà, senza limitarsi ad un ruolo di ratifica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONSIGLIO EUROPEO E MILANO

Sede dell'Ema:
lite sul ricorso

di Ivo Caizzi

a pagina 44

Ema, il governo olandese si difende
I «dubbi» degli eurodeputati

Il vicepremier

De Jonge: capiamo la frustrazione dell'Italia ma ora conta garantire la continuità dell'Ema

DAL NOSTRO INVIATO

BRUXELLES Il governo olandese difende la contestata assegnazione ad Amsterdam dell'Agenzia europea delle medicine (Ema), che dovrebbe lasciare Londra per la Brexit a fine marzo 2019. Il vicepremier Hugo de Jonge ha assicurato la missione di eurodeputati arrivati nella città olandese per controllare se i due edifici promessi potranno essere pronti alle scadenze previste. L'eurodeputato Giovanni La Via, che ha guidato la verifica, ha preso atto, ma ha ammesso «rischi» per il Vivaldi building di 19 piani, futura sede dell'Ema, ancora nemmeno iniziato.

«Ho garantito agli eurodeputati che il governo olandese è impegnato a rispettare gli impegni presi quando ha proposto Amsterdam per l'Ema —

ha detto De Jonge al Corriere —. Con il premier Rutte abbiamo parlato del caso Ema. Capiamo la frustrazione dell'Italia per Milano superata con sorteggio. Ma ora conta garantire la continuità dell'Ema». I tempi promessi sono già slittati. L'edificio Vivaldi andava costruito in parte entro l'1 aprile 2019 e completato nel settembre successivo. La nuova data è novembre 2019. «Se ci saranno ritardi superiori a un mese nella consegna del Vivaldi, ciò creerà problemi all'operatività dell'agenzia», ha detto La Via. Un rischio scaturisce da quelle che gli ingegneri chiamano «sorprese geologiche». In quella zona di Amsterdam c'è tanta acqua nel sottosuolo. Non si sa quanta dovrà essere pompata via (e in che tempi). Vari eurodeputati si sono invece dichiarati tranquilli sull'edificio temporaneo Spark, usato dall'1 gennaio 2019 per compensare i ritardi del Vivaldi. Piernicola Pedicini del M5S vi ha invece trovato varie «anomalie». L'Europarlamento ha

in programma di votare sull'Ema alla metà di marzo. Nel frattempo procedono i ricorsi alla Corte Ue del governo italiano e dal Comune di Milano, che ha chiesto anche una sospensione dell'assegnazione ad Amsterdam puntando sul mancato rispetto della proposta iniziale olandese. Il Consiglio dei governi si è difeso ritenendola «irricevibile» per il cavillo che la scelta della sede era solo intergovernativa (e non esiste un tribunale competente). L'Europarlamento ha contestato con un parere giuridico opposto. Oggi il caso Ema sale al massimo livello politico nel Consiglio dei capi di governo a Bruxelles, dove è atteso un «faccia a faccia» tra il premier Paolo Gentiloni e il collega olandese Rutte. «Quello che dobbiamo verificare ora è se nella candidatura di Amsterdam le cose erano fatte bene e dobbiamo farlo con un gioco di squadra», è il messaggio lanciato da Gentiloni anche ai partiti dell'opposizione.

Ivo Caizzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tappe

Un pareggio
e poi il sorteggio

1 Il 20 novembre il Consiglio Affari generali dell'Ue assegna la sede dell'Ema ad Amsterdam grazie a un sorteggio

Il ricorso contro
la decisione

2 Contro la decisione, Milano ha presentato alla Corte di Giustizia Ue un ricorso, ieri giudicato «irricevibile» dai giuristi del Consiglio Ue

A marzo il voto
del Parlamento Ue

3 Alcuni parlamentari Ue sono andati ad Amsterdam per verificare lo stato dei lavori. Il Parlamento voterà entro metà marzo



Sull'Ema una giornata di fuoco

Secondo il Consiglio europeo il ricorso di Milano è irricevibile, ma non secondo il tribunale dell'Ue. Intanto Sala annuncia un altro ricorso alla Corte dei conti

I burocrati del Consiglio Ue negano il diritto dell'Europarlamento a legiferare sulla futura sede dell'Autorità europea dei medicinali, riducendo la decisione a un accordo tra Stati. In più, bollano come «irricevibile» il ricorso del Comune di Milano al Tri-

bunale Ue contro l'assegnazione dell'Ema ad Amsterdam. Per il sindaco, Giuseppe Sala, il Tribunale Ue ha già riconosciuto il ricorso «fondato e ricevibile». Mentre è in arrivo un nuovo ricorso in Corte conti Ue.

Chiarello a pag. 31

La difesa del Consiglio Ue riduce la decisione a una mera intesa tra stati

Ema, è scontro di poteri Negato il diritto del parlamento Ue a legiferare

DI LUIGI CHIARELLO

Lil Consiglio europeo, per bocca dei suoi euroburocrati, ieri ha negato il diritto dell'Europarlamento a legiferare sull'assegnazione della futura sede dell'Autorità europea dei medicinali (Ema), riducendo la decisione a un mero accordo internazionale tra Stati. Fuori dal processo legislativo dell'Unione. In più, ha definito il ricorso del comune di Milano al tribunale Ue «irricevibile», mentre a stretto giro di posta il sindaco di Milano, **Giuseppe Sala**, rispondeva: «Il ricorso è fondato e ricevibile, come lo stesso tribunale dell'Unione europea ha riconosciuto». Sala ha poi annunciato un nuovo ricorso alla **Corte dei conti europea**, per sospetto aggravio dei costi legati al trasferimento dell'Ema ad Amsterdam.

Il fatto. Nelle stesse ore in cui una delegazione di eurodeputati della commissione ambiente, sanità pubblica e sicurezza alimentare, verificava ieri, ad Amsterdam, lo stato dei lavori della sede definitiva (tutta da costruire) dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema) e, poi, visitava palazzo Spark, l'ultima sede provvisoria proposta dal governo olandese (definita positiva solo se adeguata), il servizio giuridico del Consiglio Ue diffondeva la sua memoria difensiva circa il ricorso presentato al tribunale Ue dal comune di Milano e dal suo sindaco, **Giuseppe Sala**; ricorso che contestava la decisione dello stesso Consiglio di stabilire nella città olandese la futura sede Ema, per vizi di forma

(nell'utilizzo del sorteggio) e di sostanza (la segretazione della parte del dossier olandese sulle sedi alternative a quella proposta, in sede di valutazione e voto dei 27 stati membri dell'Unione).

Bene, la memoria difensiva del Consiglio Ue ha rigettato l'ipotesi di sospensiva cautelare del trasferimento Ema, inoltrata dal comune e ha considerato «manifestamente irricevibile» il suo ricorso, per due motivi:

1) il Comune di Milano avrebbe commesso un «errore» perché avrebbe fatto ricorso contro la «decisione del Consiglio dell'Unione europea». Mentre, si legge nella memoria difensiva, il Consiglio dell'Ue «non può essere considerato l'autore della decisione impugnata, ed essa non può in alcun modo essergli attribuita». Piuttosto, la decisione sarebbe stata adottata a margine del Consiglio «dai rappresentanti degli stati membri che hanno agito, non in qualità di membri del Consiglio, ma di rappresentanti dei loro governi, esercitando in tal modo collettivamente i poteri degli stati membri»;

2) il Comune di Milano «non ha avuto alcun ruolo diretto nell'intera procedura di selezione che ha unicamente visto coinvolta la Repubblica italiana». E questo perché, spiega la memoria difensiva, «come deciso dal Consiglio Ue del 22 giugno 2017, spettava agli stati Ue presentare le candidature, scambiare informazioni con la Commissione

e partecipare alle procedure di voto per l'assegnazione delle agenzie». E ancora: «Il fatto che alcuni stati membri abbiano deciso di associare le amministrazioni delle città candidate alla preparazione delle offerte non altera il dato giuridico, che vede tali entità come meri soggetti terzi della procedura». In più, spiega l'ufficio giuridico del Consiglio, la concessione di un'eventuale sospensiva, renderebbe impossibile «trasferire la sede Ema in uno stato membro a partire dal 29/3/2019» (data della Brexit, ndr) e creerebbe «una situazione di incertezza giuridica maggiore», specie «per la situazione personale dei centinaia di funzionari che lavorano per l'Ema».

Una cantonata o un esproprio di competenze? Ora, ribadendo che trattasi di memoria difensiva di parte e che sul ricorso dovrà comunque decidere un giudice del tribunale Ue del Lussemburgo, va detto che appare piuttosto originale la tesi per cui a decidere sull'assegnazione dell'Ema non sia stato



il *Consiglio dell'Unione europea*, ma i delegati dei 27 stati membri. Questo perché, la decisione formalmente è stata assunta il 20 novembre scorso a margine del *Consiglio affari generali dell'Unione europea*, notoriamente composto dai ministri degli affari europei. E non dai Capi di stato e di governo, che sono gli unici titolati a rappresentare i 27 nel *Consiglio*

europeo (che è cosa ben diversa dal Consiglio dell'Unione europea). Il Consiglio europeo, infatti, è l'organismo a cui si riferisce l'ipotesi disegnata dalla memoria difensiva in oggetto; si tratta di un organo che detta in senso ampio le direttrici politiche dell'Unione, non fa parte dei legislatori Ue (che sono Consiglio dell'Unione europea ed Europarlamento) e, pertanto, non negozia né adotta atti legislativi. Stabilisce piuttosto l'agenda politica dell'Unione. Al contrario, il Consiglio dell'Unione europea legifera. E poiché la collocazione della Ema va decisa con modifica di regolamento Ue, mediante procedura di co-decisione (di Consiglio Ue ed Europarlamento, su proposta della commissione), ne deriva

che, alla meglio, l'ufficio giuridico del Consiglio Ue ha preso ciocca per brocca, alla peggio sta tentando di estromettere l'Europarlamento dal processo decisionale, imputando a una sorta di insindacabile trattato internazionale tra Stati - e non a un regolamento approvato dalle legittime istituzioni europee legiferanti - la scelta di decidere dove collocare una delle più importanti agenzie esecutive dell'Unione. Il tutto in barba alla proposta di modifica di regolamento europeo sullo statuto Ema incardinata in Europarlamento e agli emendamenti già presentati.

In seconda battuta, appare paradossale la tesi del servizio giuridico del Consiglio Ue che considera il comune di Milano non legittimato a presentare ricorso, benché sia proprio il comune di Milano (rappresentato dal governo italiano in Consiglio) l'unica istituzione ad aver firmato formalmente gli impegni economici e giuridici conseguenti ad una eventuale assegnazione dell'Ema alla città. Una tesi ardita, si diceva, che trova risposta nel tentativo di voler ricondurre questa decisione sull'Ema a un mero accordo internazionale tra stati, non rientrante nell'alveo del processo legislativo Ue.



Giuseppe Sala