

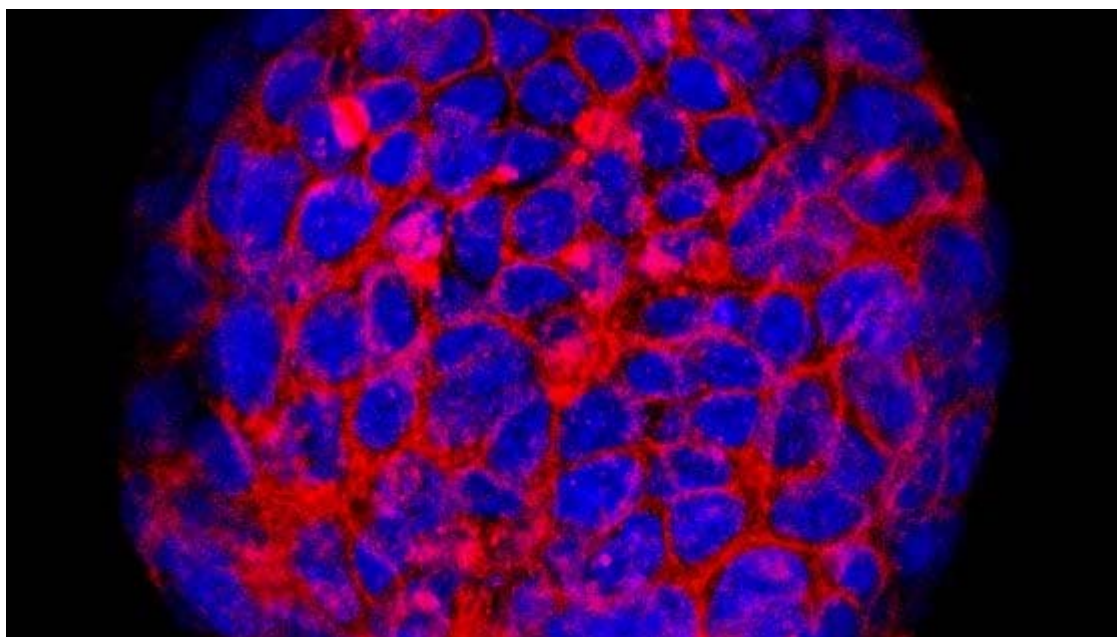


RASSEGNA STAMPA 21-06-2018

1. REPUBBLICA.IT Il tumore raro della prostata si studia con un modello in 3D
2. IL FATTO QUOTIDIANO.IT Tumori, caccia alle cellule “ghiro” per snidare la malattia dopo la chemioterapia
3. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro. Riflettendo su Asco 2018
4. TUTTO SALUTE Tumore alla prostata cronicizzazione più vicina
5. QUOTIDIANO SANITÀ Grillo incontra le Regioni: “Sulle risorse per la sanità basta con i giochetti degli ultimi governi
6. DOCTOR 33 Fondo sanitario, Grillo: interverremo senza i giochetti del passato
7. ANSA Grillo, ministero al lavoro su carenza di personale specialistico
8. SOLE 24 ORE.COM Grillo: «Non ci faremo commissariare dal Mef, interverremo sul Fsn senza giochetti»
9. STAMPA Grillo: stop al doppio lavoro dei medici
10. REPUBBLICA Mancano gli anestesisti e d'estate non si opera stop a un intervento su tre
11. AVVENIRE Caldo, 23mila morti in 11 anni

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

Il tumore raro della prostata si studia con un modello in 3D



Ricreato in laboratorio il cancro della prostata neuroendocrino, forma poco diffusa e aggressiva. Autrice dello studio Loredana Puca, ricercatrice italiana che lavora negli Usa, che spiega come grazie agli "avatar" dei tumori sarà possibile studiare anche quelli che colpiscono poche persone e cercare nuove terapie

Tumori coltivati in laboratorio, a partire da poche, pochissime cellule malate prelevate dai pazienti. Aggregati tridimensionali in vitro originati da specifici tumori da utilizzare come modelli: per testare nuovi farmaci e quindi tentare nuove cure, sempre più personalizzate, sempre più ad hoc. Sono gli organoidi tumorali, strutture a tre dimensioni che sono in tutto simili alla malattia nell'essere umano, ma che stanno in laboratorio, fuori dall'organismo. Non è fantascienza ma realtà. Loredana Puca, ricercatrice italiana - laurea in Biotecnologie alla Federico II di Napoli, dottorato all'istituto Pasteur Parigi e vincitrice del premio della Società americana di oncologia "Merit Award" nel 2017, oggi alla Cornell University di New York nel team di Himisha Beltran - è riuscita a ottenere un organoide che simula il cancro della prostata neuroendocrino, una forma rara, contro la quale oggi la medicina può poco. I risultati del suo studio sono oggi su Nature Communication.

UN TUMORE DIFFICILE DA STUDIARE

Il cancro della prostata neuroendocrino rappresenta il 15-20 per cento dei tumori prostatici resistenti. È un tumore particolarmente aggressivo e con poche possibilità terapeutiche, a eccezione della chemioterapia. “Questo perché è un tumore molto raro (è difficile quindi da studiare, da reclutare pazienti da inserire in trial clinici, *ndr*), perché è un tumore per il quale non abbiamo modelli pre-clinici validi”, spiega Puca. “Inoltre perché il cancro della prostata è un tumore molto regolato da ormoni, il che rende più complicato ancora mettere a punto modelli di studio pre-clinici”.

LO STUDIO

I ricercatori hanno prelevato tramite biopsia con ago frammenti di piccolissime dimensioni da metastasi epatiche o ossee di 34 pazienti con tumore metastatico della prostata, alcuni con carcinoma neuroendocrino. Quindi li hanno lavorati con enzimi capaci di staccare l'una dall'altra le cellule della piccola massa tumorale, cellule che sono poi state seminate in un gel. Il gel serve a fornire agli organoidi la struttura, cioè l'impalcatura per crescere in tre dimensioni. A questo punto gli organoidi sono stati nutriti con un cocktail di fattori di crescita in modo che “ricapitolassero – come dice la ricercatrice - le caratteristiche del tumore del paziente”.

UN MODELLO CHE FUNZIONA

Una volta ottenuti gli organoidi, gli autori dello studio li hanno confrontati con i tumori dei pazienti, dal punto di vista sia dei marker che della genetica “e abbiamo verificato - riprende Puca - che hanno gli stessi marcatori istologici e le stesse mutazioni dei tumori d'origine. E, fondamentale, che sono stabili: mantengono cioè lo stesso assetto istologico e genomico nel tempo, per anni. Qualunque gruppo di ricerca può utilizzare questo modello”.

VERSO NUOVE TERAPIE

“Utilizzando gli organoidi – riprende a raccontare Puca - abbiamo testato 129 farmaci già approvati dall' FDA o in sperimentazione per altre forme di cancro. E così facendo, basandoci proprio sulla risposta dei nostri modelli 3D, abbiamo trovato farmaci che possono creare nuove opportunità per il carcinoma prostatico neuroendocrino”.
Rimuovendo una proteina di questo fenotipo tumorale, i ricercatori hanno anche modificato gli organoidi, osservando non solo la riduzione della proliferazione dell'organoide in coltura, ma anche una riduzione di programmi molecolari che sono generalmente associati alla cellula tumorale neuroendocrina. Cosa significa questo in termini di prospettive, o meglio: quali applicazioni si possono immaginare per gli organoidi tumorali, in un futuro prossimo? “Diverse – conclude la ricercatrice - Sulla base di sensibilità ai farmaci testati su organoidi si può pensare di allestire trial clinici per molecole specifiche. O per selezionare pazienti da inserire in trial adatti a loro. Oppure, ancora, di allestire co-clinical trial, cioè studi clinici che valutino parallelamente sia il paziente sia il suo organoide”.

<https://www.ilfattoquotidiano.it>

Tumori, caccia alle cellule “ghiro” per snidare la malattia dopo la chemioterapia



A questa nuova pagina della lotta contro i tumori, già considerata importantissima dagli esperti, è dedicato il convegno che si apre oggi a Montreal, in Canada

La battaglia della ricerca contro i tumori fa un altro passo avanti. C'è una nuova strategia allo studio per snidare i tumori dopo la chemioterapia: si cercano le **cellule “ghiro”**, cioè le cellule tumorali che si addormentano senza dare apparentemente segnali della loro esistenza, ma che risvegliandosi generano metastasi, **provocando ricadute nella malattia**. A questa nuova pagina della lotta contro i tumori, già considerata importantissima dagli esperti, è dedicato il convegno che si apre oggi a **Montreal**, in Canada.

Le cellule dormienti si staccano da un tumore nella fase iniziale di sviluppo e viaggiano attraverso i vasi sanguigni **verso nuovi siti del corpo**. Appena trovano un 'nascondiglio' si mettono in letargo, fino a

quando un interruttore, ancora sconosciuto, le ‘risveglia’. Solo allora iniziano a dividersi e **formano un nuovo tumore**.

Per **Ilaria Malanchi**, del britannico **The Francis Crick Institute** che presenterà la sua ricerca in Canada, la sfida è duplice: “Bisogna capire – ha detto all’Ansa – che cosa può portare al risveglio delle cellule dormienti e da cosa dipendono per sopravvivere mentre sono in quello stato”. Per esempio la ricercatrice ha scoperto che la sopravvivenza delle **cellule tumorali dipende da cambiamenti indotti nelle cellule del tessuto normale** che le circondano e che diventano parte integrante della crescita tumorale. Scovare le cellule silenziose, “è un cambiamento importante del nostro approccio” ha rilevato Fabrizio d’Adda di Fagagna, dell’Istituto FIRC di Oncologia Molecolare (Ifom) e del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr). “Dopo aver controllato il tumore iniziale – ha aggiunto – ci permette di andare al livello successivo, cioè controllare gli eventi secondari scatenati da queste cellule”.

Mercoledì 20 GIUGNO 2018

Cancro. Riflettendo su Asco 2018

Le ricerche presentate al summit americano spaziano attraverso centinaia di patologie oncologiche, indagano marcatori biomolecolari, schemi terapeutici, test diagnostici, tante tessere di un gigantesco puzzle che deve trovare i giusti incastri per mettere a segno risultati tangibili contro il mostro da debellare. Ed è cambiato tutto dai tempi in cui si ragionava secondo patologie d'organo

L'incontro annuale dell'American Society of Clinical Oncology riunisce professionisti di oncologia di tutto il mondo per discutere le modalità di trattamento all'avanguardia, le nuove terapie e le controversie in corso nel settore. Si è concluso il 4 giugno scorso e gli interrogativi ed i nodi irrisolti sono stati rinviati al prossimo anno, ci si rivede dal 31 maggio al 4 giugno 2019.

Le questioni insolite riguardano: l'aprirsi di un nuovo promettente scenario nella terapia del tumore al seno. In base ai risultati di uno studio USA di fase III presentati a Chicago, la chemioterapia adiuvante (post – intervento chirurgico) sarebbe evitabile nel 70% delle pazienti con il tipo più frequente di tumore mammario, ovvero quello con recettori ormonali positivi, Her2 negativo e linfonodi ascellari negativi. Si tratta del più ampio studio di medicina di precisione mai effettuato finora nel tumore al seno. Il lavoro ha arruolato 10.273 donne affette da carcinoma mammario allo stadio iniziale, ER-positivo, Her2 negativo e con linfonodi negativi.

Ancora, può un test genomico influire sulla scelta della strategia terapeutica più appropriata in un dato paziente? È possibile utilizzare il punteggio ottenuto per predire l'efficacia di una terapia combinata rispetto ad una terapia singola?

Le ricerche presentate spaziano attraverso centinaia di patologie oncologiche, indagano marcatori biomolecolari, schemi terapeutici, test diagnostici, tante tessere di un gigantesco puzzle che deve trovare i giusti incastri per mettere a segno risultati tangibili contro il mostro da debellare. E' cambiato tutto dai tempi in cui si ragionava secondo patologie d'organo (il tumore del seno, quello dell'ovaio, del colon....) e secondo protocolli terapeutici che definivano le modalità di utilizzo di questo o di quel farmaco come emergevano dalle sperimentazioni e dal conforto della biostatistica.

Da almeno un ventennio non è più così: il cancro è una malattia genetica; anzi: non esiste il cancro, esistono centinaia di malattie che formano la galassia cancro ma sono tutte diverse e richiedono centinaia di indagini genetiche, cliniche, farmacologiche. Il meeting dell'Asco è la summa di questa realtà.

Bruce Johnson, il presidente dell'Asco, ha voluto che fosse il congresso della medicina di precisione: dalla genetica, dai profili dei diversi tumori da colpire con un numero sempre maggiore di proiettili biologici nella convinzione che ogni tumore, espresso da ogni persona, è una cosa a se e va curato specificamente. Questa è medicina personalizzata o consegnarsi alla genetica che tutto può e alla fine tutto risolve?

Ma poi lo stesso Johnson ha fatto outing del suo tumore alla prostata e il top della medicina scientifica ha preso atto che accanto alle mille presentazioni di genetica, di dati, di test, ci sono dimensioni, fatti che parlano delle storie di ognuno e chiedono la necessità di modulare sulla storia genetica e di vita di ognuno le risposte scientifiche. Perché la medicina personalizzata non è solo quella della genetica ma è quella che guarda ognuno di noi di fronte alla malattia: la popolazione dei pazienti standardizzati dai protocolli e dalle sperimentazioni diventa la diversità umana, con l'oncologia impegnata a cercare risposte diversificate.

Come ha sottolineato **F. Capra**, che è un fisico austriaco, teorico dei sistemi, e saggista di fama internazionale, di cui ho recentemente letto il suo saggio *Il punto di svolta*, F. Capra, Feltrinelli Editore Milano: "Si dovrebbe riconoscere che la questione fondamentale in medicina è perché si sviluppa la malattia piuttosto che come opera dopo essersi sviluppata; in altri termini, l'esame delle origini della malattia dovrebbe avere la precedenza sulla natura del processo morboso."

Il paradigma biomedico non si fa carico della persona, ma agisce oltre di essa, sul substrato biologico, spesso ignorando le complesse interazioni tra esperienza e organismo. La relazione di aiuto, medico paziente, è quindi asimmetrica, portando al non ascolto della persona.

Al contrario, in un approccio clinico centrato sulla persona si dimostra che c'è una grande differenza, da un punto di vista clinico, tra un approccio diagnostico oggettivo, basato su i test, e un colloquio in cui si raccoglie l'esperienza diretta di malattia, comprendendo il contesto esistenziale della persona ed il particolare momento di vita in cui la malattia è comparsa raccogliendo informazioni essenziali sulle condizioni concrete in cui si è sviluppata. Tali informazioni, in vari modi, hanno grosse implicazioni per la diagnosi, la prognosi e il trattamento e modificano la traiettoria di un percorso di cura.

Soprattutto, indagare sulle 'origini' storiche delle malattie, fornisce elementi necessari per strutturare politiche di prevenzione realmente efficaci: la conoscenza bio-medica specialistica, da sola, offre un orizzonte di senso troppo limitato. Le informazioni biologiche acquistano ben tutt'altro spessore all'interno di una comprensione complessiva della vita vissuta dal paziente.

Nel corso del '900, i due approcci, biomedico/riduzionista (centrato sulla malattia) e umanistico/fenomenologico, si sono scontrati duramente: tuttavia, alla luce delle innumerevoli scoperte scientifiche degli ultimi decenni e degli enormi sviluppi e conquiste in ambito filosofico ed ermeneutico, si può giungere ad una conciliazione delle due prospettive, che consenta un dialogo proficuo nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone con i problemi sanitari e sociali più comuni.

Oggi il post razionalista si pone l'obiettivo di divulgare e sviluppare tale prospettiva integrata al fine di superare gli 'errori del senso comune', dare nuovi impulsi alla ricerca scientifica, mettere in dubbio in modo razionale antiche e inefficaci certezze.

Così non stupisce che le ricerche più applaudite all'ASCO siano state (parecchie) quelle che puntavano a capire come meglio modulare le terapie, come diminuire le dosi, eliminare i cicli di chemioterapia, sostituirla con farmaci meno tossici, di rendere migliori e più tollerabili le cure contro il cancro. "La medicina di precisione sta trasformando la cura del cancro in modi profondi ed è stata al centro dell'incontro di quest'anno", ha affermato il dott. Johnson. "Sono fermamente convinto che il numero di pazienti che beneficiano della medicina di precisione continuerà ad aumentare man mano che i trattamenti diventano più efficaci".

"L'Annual Meeting è unico nel suo genere", ha affermato **David R. Spigel**, presidente della commissione di educazione annuale della riunione ASCO. "C'è qualcosa per tutti coloro che si dedicano a migliorare la vita delle persone affette da cancro. Può essere un po' opprimente perché sempre di cancro si tratta ma il mio miglior consiglio è prendersi il tempo, scegliere ciò che più interessa e partecipare, imparare e riportare le proprie impressioni e condividerle con gli altri".

Insomma attese tante, riflessioni profonde, nodi irrisolti e dubbi che aprono piste a ricercare e a far meglio, ma una luce si è accesa il futuro è la medicina di precisione e la cura basata sulla persona, unica, con la sua storia, le sue malattie, i suoi dolori oltre che il suo patrimonio genetico specifico e familiare.

Grazia Labate

Ricercatore in economia sanitaria già sottosegretaria alla Sanità

■ ONCOLOGIA

TUMORE PROSTATA

cronicizzazione più vicina

di Antonio Caperna

Frequente e incontenibile necessità di urinare sia di giorno sia di notte, possibile dolore alla minzione, indebolimento del getto delle urine, presenza di sangue nelle urine (in alcune occasioni). I sintomi non sono specifici per il tumore alla prostata e sono molto simili a quelli che si accompagnano all'iperplasia prostatica benigna. Inizialmente la malattia è asintomatica e compaiono solo se la neoplasia è abbastanza voluminosa da esercitare infiltrazione di uretra o vescica. È difficile quindi che siano presenti se la malattia è in stadio iniziale e di piccole dimensioni. Il tumore cresce spesso lentamente, quindi i sintomi possono rimanere assenti per molti anni. È stato questo uno dei tumori sotto la lente d'ingrandimento nei simposi che si sono tenuti al Congresso americano di Oncologia (ASCO), che si è da poco concluso a Chicago. Tra le novità



Le novità dal
congresso americano
di oncologia ASCO
di Chicago



Dott. Giuseppe Procopio, Responsabile S.S. Oncologia medica genitourinaria della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori



presentata c'è l'aggiunta della terapia con abiraterone al trattamento ormonale standard, che si conferma efficace nel mantenere stabile la malattia e quindi allungare la sopravvivenza, con più del 50% dei pazienti ancora in vita a 41 mesi di mediana di follow up. Si tratta di pazienti con una forma aggressiva di tumore alla prostata, ovvero ad alto rischio metastatici già al momento della diagnosi. Gli ultimi dati dello studio di fase 3 LATITUDE, effettuato su 1.200 uomini e presentati all'ASCO, hanno mostrato che abiraterone ha diminuito il rischio di morte del 36%. "Questi dati delineano un cambio di paradigma per il trattamento di uno dei tumori alla prostata più aggressivi - commenta Giuseppe Procopio, Responsabile S.S. Oncologia medica genitourinaria della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

di Milano - per gli uomini che ricevono una diagnosi di cancro alla prostata in fase avanzata rappresenta un'evoluzione, un nuovo efficace approccio. Il risultato terapeutico che abbiamo osservato in questo studio, dato dall'uso precoce di abiraterone, è comparabile a quello della chemioterapia. La differenza è che si tratta di un farmaco orale e molto ben tollerato. Buona notizia per questi pazienti, poiché significa vivere più a lungo con un ridotto impatto di effetti collaterali e una miglior qualità della vita. Inoltre - prosegue Procopio - non avevamo mai avuto dei dati di così lungo follow up per una terapia ormonale orale alternativa alla chemio. Tali risultati di efficacia ci aprono delle prospettive di cronicizzazione della malattia. Fino a qualche anno fa sembrava impossibile, invece oggi l'orizzonte è quello di cronicizzare una malattia come il tumore della prostata".

i NUMERI del TUMORE alla PROSTATA

Il cancro della prostata rappresenta circa il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età. L'incidenza della malattia ha mostrato negli ultimi anni una sostanziale stabilità, dopo la crescita registrata tra il 1998 e il 2003, con la maggiore diffusione del test del PSA. Nel 2016 i nuovi casi sono stati 35.000, dei quali circa un terzo in classe di rischio bassa (e cioè non aggressivi). In Italia si stima siano presenti circa 398mila persone con diagnosi di tumore prostatico: circa il 26% dei maschi con cancro e quasi il 10% di tutti i pazienti (tra maschi e femmine) del Paese. Il 55% di queste diagnosi è stato formulato da meno di 5 anni, il 14% da oltre 10 e, data la biologia della malattia, la maggior parte dei casi viene riscontrata nell'età più avanzata (6.811 casi ogni 100mila over 75).



quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 20 GIUGNO 2018

Grillo incontra le Regioni: "Sulle risorse per la sanità basta con i giochetti degli ultimi governi. I fondi aumenteranno. Mi aspetto grande collaborazione nell'interesse dei cittadini"

Dalle nomine dei Dg che devono essere disgiunte dalla politica, perché nonostante le modifiche apportate dall'ex ministro Lorenzin c'è "ancora un grande potere della politica sulla sanità" fino al suo impegno per ridare ossigeno alla sanità pubblica interloquendo con il Mef. Questi i temi sul tappeto del neo ministro nel primo incontro con gli assessori alla Sanità. Tra i temi in discussione anche la governance farmaceutica.

Fabbisogno dei medici specialisti e mancanza di personale, anestesisti e pediatri in particolare, che sta mettendo in crisi l'erogazione di prestazioni in ospedale. E poi il grande problema della governance farmaceutica e del finanziamento del Fondo sanitario nazionale sul quale il Governo ha assoluta intenzione di intervenire senza "senza i giochetti dei vecchi governi". E poi il nuovo Patto per la Salute, ormai scaduto.

Prima ancora della 'vexata questio' degli obblighi vaccinali, sono stati questi alcuni dei temi in pole position emersi dal **primo vis-à-vis tra il neo ministro della Salute, Giulia Grillo e gli assessori alla Sanità** nella sede della Conferenza delle Regioni. Che ha avvertito: "Metterò in tutti i temi in agenda, ma chiaramente non posso dire di fare tutto immediatamente. Cercheremo di dare delle priorità. Purtroppo – ha aggiunto Grillo – mi sto accorgendo che ci sono molte situazioni vecchie. Siamo arrivati in un Ministero con tante zavorre del passato, io metterò il massimo impegno per toglierle ai cittadini e al nostro Paese".

Già qualche assaggio delle questioni sul tappeto, il ministro Grillo lo aveva offerto questa mattina, prima dell'incontro con gli assessori, sottolineando che suo intento primario sarà "cercare di ridare ossigeno alla sanità pubblica, interloquendo con il Mef per avere un finanziamento adeguato per i Lea" e aspettandosi una "grande collaborazione da parte delle Regioni nell'interesse dei cittadini".

Non sono mancate da parte di Grillo, stoccate alla precedente legislatura. "Abbiamo il tema del finanziamento sul quale questo Governo ha assolutamente intenzione di intervenire – ha precisato – ovviamente senza fare i giochetti dei governi della vecchia legislatura che da una parte aumentavano di pochissimo il Fondo, e dall'altra inserivano invece degli articoli in legge di bilancio in cui toglievano fondi alle Regioni per poi stabilire d'intesa su quale aspetto tagliare, ossia sempre la sanità e i servizi essenziali ai cittadini".

Conferma anche le critiche del passato sulla gestione dell'Aifa: "Non faccio un passo indietro su questo, mi sto muovendo affinché cambi registro ma sto lavorando a tutti i livelli, anche al ministero, perché ci sia più trasparenza, spero di avere presto novità su questo".

Con gli assessori, comunque il bilancio è stato positivo: "Quello che ho visto è una grande comunione di intenti a mantenere vivo un servizio sanitario pubblico efficiente. Sicuramente ci sono margini di lotta ad aree di spreco e su un utilizzo non adeguato delle risorse sul quale lavoreremo. Come sapete – ha aggiunto – ho chiesto molta collaborazione sulle liste di attesa e sulla trasparenza, dell'accessibilità dei cittadini alle informazioni".

Sulle liste di attesa bisognerà aspettare i dati delle Regioni. Così come bisognerà iniziare ad intervenire su un nuovo Patto per la salute ormai a fine corsa. "Ho sollecitato le informazioni sui tempi delle liste di attesa – ha detto – molte aziende hanno reso noto le attese, altre invece sono indietro. Sappiamo che molte aziende sono in crisi per mancanza di personale ma credo sia importante per il cittadino avere queste informazioni, li tranquillizza. È ipotizzabile intervenire anche sull'intramoenia – ha aggiunto – non dico che lo

faremo, ma lo stiamo prendendo in considerazione".

Un altro tema affrontato nella riunione è stato quello della governance farmaceutica. "Abbiamo parlato anche del payback, che è un tema che ci portiamo dal passato e che dobbiamo risolvere - ha spiegato Grillo – il tema del prezzo volume ci può aiutare molto per governare la spesa per quei farmaci che hanno nuove indicazioni e che hanno un peso crescente per lo stato".

Prima dell'incontro. "Questo è il primo di quelli che mi auguro saranno, i tanti appuntamenti con le Regioni. Sono molti i temi sul tappeto, oltre quello della governance della farmaceutica. Soprattutto, quello che mi aspetto è una grande collaborazione negli interessi dei cittadini". Queste le prime parole del ministro della Salute **Giulia Grillo**, al suo debutto con gli assessori alla Salute oggi nella sede della Conferenza delle Regioni, che ha risposto alle domande dei giornalisti prima di iniziare il confronto al Cinsedo.

Nomine e politica. "Uno dei temi a cui teniamo particolarmente è quello delle nomine politiche – aveva dichiarato ai giornalisti – il ministro Lorenzin aveva modificato la legge sulle nomine, ma rimane a mio avviso ancora un grande potere della politica sulla sanità. E questo i cittadini lo devono sapere: il problema, infatti, non è stato risolto dall'albo dei direttori generali, addirittura abbiamo visto che i numeri degli iscritti è inferiore alle necessità. Insomma, tutto è rimasto un po' come era prima. In questo mi aspetto grande onestà intellettuale verso i cittadini che devono sapere che c'è un grande legame con le Regioni".

Grillo è infine intervenuta sull'uso dei generici. "Siamo uno dei Paesi che in Europa usa di meno i farmaci generici - ha ricordato – su questo dobbiamo lavorare anche credo esista un problema di corretta informazione. Comunque invito tutti, i Mmg, che per altri già lo fanno, e i farmacisti a proporre l'alternativa dei generici ai cittadini".

Ester Maragò

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/>

Fondo sanitario, Grillo: interverremo senza i giochetti del passato. Al Ministero molte zavorre



Il governo interverrà sul tema del Fondo Sanitario Nazionale «senza i giochetti dei vecchi governi». Lo ha affermato il ministro della Salute, **Giulia Grillo**, al termine dell'incontro con la Commissione Salute. «C'è il tema del finanziamento su cui questo governo ha assolutamente intenzione di intervenire ovviamente senza fare i giochetti dei governi della vecchia legislatura - ha precisato - che da un lato aumentavano di pochissimo il Fondo poi dall'altra parte inserivano degli articoli in legge di bilancio in cui toglievano fondi alle regioni per poi stabilire l'intesa su quale aspetto tagliare che poi era sempre sulla sanità. Quello che ho visto è una grande comunione di intenti a mantenere vivo un servizio sanitario pubblico efficiente, sicuramente ci sono margini di lotta ad aree di spreco e su un utilizzo non adeguato delle risorse. Purtroppo» ha aggiunto «mi sto accorgendo che ci sono molte situazioni vecchie, siamo arrivati in un ministero con molte zavorre del passato, io metterò il massimo impegno per toglierle ai cittadini». Il ministro si è anche soffermato sulla gestione dell'Aifa, confermando le critiche del passato «non faccio passi indietro su questo. E mi muoverò affinché cambi registro. Ma mi sto muovendo a tutti

i livelli, anche al ministero dove sono, per garantire maggiore trasparenza e mi auguro che avrete novità molto presto» ha affermato il ministro.

La governance farmaceutica è stata fra i temi al centro dell'incontro. «Abbiamo parlato del payback, che è un problema del passato e si deve risolvere» ha proseguito «ma credo che quello del "prezzo-volume", una norma strutturale importantissima, è un tema che ci può aiutare molto per governare la spesa farmaceutica ospedaliera, in particolare per quei medicinali che hanno nuove indicazioni terapeutiche e quindi cresce il loro costo a carico dello Stato. Abbiamo parlato anche del payback, che è un tema che ci portiamo dal passato e che dobbiamo risolvere. Il tema del prezzo volume ci può aiutare molto per governare la spesa per quei farmaci che hanno nuove indicazioni e che hanno un peso crescente per lo Stato» ha concluso.

<http://www.ansa.it>

Grillo, ministero al lavoro su carenza di personale medico specialistico

Tra gli argomenti allo studio anche la governance farmaceutica



Giulia Grillo © ANSA

Ministero della Salute e Regioni lavoreranno su quattro temi principali, **le carenze di personale medico specialistico, liste d'attesa, governance farmaceutica ed eliminazione delle diseguaglianze nell'accesso alla salute**. Lo afferma un comunicato pubblicato al termine dell'incontro tra il ministro e la commissione Salute delle Regioni. "Un Servizio sanitario nazionale robusto e civile, che combatta le diseguaglianze tra le diverse aree del Paese, che non neghi i diritti costituzionalmente tutelati dei cittadini, è un segno irrinunciabile di civiltà e di crescita sociale - afferma Grillo -. Questo è l'impegno che mi assumo come ministro e questo chiedo alle Regioni e alle Province autonome, per affrontare con atti concreti e con un costante sforzo comune tutte le esigenze e i numerosi problemi che la Sanità pubblica e i cittadini hanno davanti". L'esito del confronto con tutti i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, si legge nella nota, ha comportato l'individuazione di un metodo di lavoro che ci porterà fin dai prossimi giorni ad approfondire le quattro tematiche individuate. "Il ministero della Salute non sarà commissariato dal Mef - ha sottolineato Giulia Grillo -. Il mio impegno è di aumentare il Fondo sanitario nazionale per venire incontro alle esigenze delle Regioni e ai bisogni degli assistiti. E di farlo concretamente, senza con una mano prendere, e con l'altra togliere, come è avvenuto nella passata Legislatura. Ma senza erogazioni a pioggia, chiudendo realmente i rubinetti delle inefficienze e arrestando la spesa improduttiva e gli sprechi".

Contro liste attesa forse intervento su intramoenia

Per risolvere il problema delle liste d'attesa "È ipotizzabile intervenire anche sull'intramoenia, non dico

che lo faremo ma lo stiamo prendendo in considerazione". Lo ha affermato il ministro della Salute Giulia Grillo uscendo dall'incontro con la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni. "Oggi abbiamo parlato soprattutto delle liste d'attesa - ha aggiunto il ministro - ma resta anche il tema dell'accesso alle informazioni, che vale soprattutto per i pazienti perché sono più fragili e ha bisogno di più attenzione e facilità di accesso alle informazioni. C'è un lavoro già iniziato sul piano nazionale delle liste d'attesa, l'ultimo risale al 2010, dovremo lavorare su questo importante tema. Sono sicuramente d'accordo sulla proposta di un nuovo patto per la salute, visto che il vecchio è scaduto". Un altro tema affrontato nella riunione è stato quello della governance farmaceutica. "Abbiamo parlato anche del payback, che è un tema che ci portiamo dal passato e che dobbiamo risolvere - ha spiegato Grillo -. Il tema del prezzo volume ci può aiutare molto per governare la spesa per quei farmaci che hanno nuove indicazioni e che hanno un peso crescente per lo stato"

Grillo conferma critiche su Aifa, lavoro per trasparenza "Confermo le critiche del passato sulla gestione dell'Aifa, non faccio un passo indietro su questo, mi sto muovendo affinché cambi registro ma sto lavorando a tutti i livelli, anche al Ministero, perché ci sia più trasparenza, spero di avere presto novità su questo", ha detto Giulia Grillo al termine dell'incontro con la commissione salute della conferenza delle Regioni.(

Il governo interverrà sul tema del Fondo Sanitario Nazionale "**senza i giochetti dei vecchi governi**". Ha affermato il ministro della Salute, Giulia Grillo, al termine dell'incontro con la Commissione Salute. "C'è il tema del finanziamento su cui questo governo ha assolutamente intenzione di intervenire ovviamente senza fare i giochetti dei governi della vecchia legislatura - ha precisato - che da un lato aumentavano di pochissimo il Fondo poi dall'altra parte inserivano degli articoli in legge di bilancio in cui toglievano fondi alle regioni per poi stabilire l'intesa su quale aspetto tagliare che poi era sempre sulla sanità. Quello che ho visto è una grande comunione di intenti a mantenere vivo un servizio sanitario pubblico efficiente, sicuramente ci sono margini di lotta ad aree di spreco e su un utilizzo non adeguato delle risorse".

"Purtroppo - ha aggiunto Grillo - mi sto accorgendo che ci sono molte situazioni vecchie, siamo arrivati in un ministero con molte zavorre del passato, io metterò il massimo impegno per toglierle ai cittadini".

<http://stream24.ilsole24ore.com/>

Grillo: «Non ci faremo commissariare dal Mef, interverremo sul Fsn senza giochetti». E sulla governance farmaci: «Tra le priorità paypack e prezzo/volume»

I fabbisogni di personale, la governance farmaceutica a partire dalla chiusura della partita payback, le liste d'attesa. Tre temi caldissimi e una premessa: il finanziamento del Fondo sanitario nazionale, su cui non saranno ammessi «giochetti». Quello che doveva essere un primo incontro tra la ministra della Salute **Giulia Grillo** e gli assessori alla Sanità, si è trasformato in un serrato scambio sulle tante priorità da affrontare. All'insegna dello slogan «Alleati nell'interesse dei cittadini». Molte delle quali ereditate dalle precedenti gestioni. Perché, come ha precisato la nuova titolare del dicastero, «ci sono molte situazioni vecchie, siamo arrivati in un ministero con molte zavorre del passato, io metterò il massimo impegno per toglierle ai cittadini».

Promessa che va di pari passo, ha aggiunto Grillo, con un'operazione trasparenza che riguarderà istituzioni e "centri di potere", dall'Agenzia italiana del farmaco verso cui anche da deputata Grillo non aveva lesinato critiche, allo stesso ministero della Salute. Per cui Grillo rivendica "piena titolarità", all'insegna dell'annuncio: «Non ci faremo commissariare dal Mef». E intanto, dicendo sì alla proposta di un nuovo Patto per la salute, promette che metterà mano al più presto alle questioni impellenti. Primo traghetto utile, la prossima legge di Bilancio, ma non è affatto escluso che si proceda anche a colpi di decreto legge.

Liste e personale. L'annuncio di "ossigeno" per il Fsn suona come musica per le Regioni, arrivate all'incontro con la ministra [fresche della circolare sulle liste d'attesa](#), secondo la quale in quindici giorni dovranno dar conto di tempi, modalità e gestione della libera professione intramuraria. «Le risorse - spiega allora il coordinatore degli assessori, **Antonio Saitta** - sono fondamentali». E dovranno innanzitutto sostenere la priorità assoluta: il personale, sotto stress da anni di blocco del turnover e da un mancato adeguamento dei fabbisogni. «In corsia - ha spiegato Saitta - mancano anestesisti e altri professionisti cruciali per far fronte ai

servizi e alle richieste dei cittadini. L'offerta per abbattere le liste d'attesa non può crescere come necessario, se non ci sono adeguate risorse umane. Bene, quindi, che la ministra Grillo abbia preso l'impegno a rivedere appena possibile la norma del 2004 che fissa alla quota 2004, ridotta del'1,4, il tetto di spesa per il personale». Ma personale significa anche formazione: «Bisogna velocemente finanziare, e non servono grandi cifre, 2.600 borse di studio, privilegiando le professioni dove c'è più necessità. Noi rilanciamo la proposta di attingere, anche per gli Mmg che sono l'anima del territorio e per cui proponiamo una formazione specialistica, agli Obiettivi di Piano. Una proposta che il ministero vaglierà. In ogni caso, la stima del fabbisogno complessivo è da rifare».

La farmaceutica. «Dal passato - ha spiegato Giulia Grillo - abbiamo ereditato la questione payback, che va risolta, ma non solo. Ci sono molti strumenti da utilizzare appieno, come il "prezzo/volume", norma strutturale importantissima che ci può aiutare molto nel governare la spesa farmaceutica ospedaliera su quei farmaci che hanno ottenuto nuove indicazioni terapeutiche e rischiano di far crescere esponenzialmente la spesa per lo Stato». Sulla governance del farmaco, [le Regioni ripartono dal documento presentato nel maggio 2016](#) . Quello in cui, in nove punti, si proponeva una strategia per «riportare la spesa farmaceutica entro i limiti di compatibilità dell'attuale finanziamento del Ssn, oltre allo scioglimento del nodo payback». E sul payback le Regioni, come previsto, tornano all'arrembaggio. «Dell'1,4 miliardi che avevamo iscritto nei nostri bilanci, mancano all'appello ancora circa 900 milioni - spiega Saitta -. Nei prossimi giorni ci incontreremo con la ministra, cui abbiamo chiesto un intervento normativo». «Serve una posizione molto forte del Governo - ha aggiunto **Giulio Gallera**, assessore al Welfare della Lombardia - capace di ottenere delle transazioni a numeri molto diversi. Siamo fermi al 2015, mentre è del 2017 l'accordo sulla fatturazione elettronica di tutto quanto è stato rendicontato. Trovare un algoritmo soddisfacente sul triennio 2013-2015, ci consentirebbe di "sanare", includendola, anche la partita 2016». Intanto, gli assessori mettono sul piatto le loro ricette regionali. «Come Regione Piemonte - ha affermato Saitta - abbiamo dimostrato che di margini di risparmio sulla farmaceutica se ne possono trovare, e come: in questi tre anni con le gare su equivalenti e biosimilari abbiamo ottenuto sconti fino al 90%. I produttori devono fare in modo di accettare le regole della concorrenza che esistono in tutti i settori. Sempre, è chiaro, salvaguardando la libertà prescrittiva. Tutto ciò permetterebbe, in termini prudenziali e rispetto ai 17 miliardi di spesa farmaceutica per la sanità, di ottenere un risparmio annuale intorno al miliardo e mezzo. Denaro utile a finanziare i sistemi sanitari regionali».

IL MINISTRO

Grillo: stop al doppio lavoro dei medici

PAOLO RUSSO
ROMA

Stop al doppio lavoro dei medici se le liste di attesa superano i limiti previsti dalla legge. Ossia 72 ore per le prestazioni urgenti ma differibili, 10 giorni per quelle non procrastinabili, 30 giorni per le visite, 60 per gli accertamenti nei casi meno gravi. «Stiamo pensando di estendere a livello nazionale quanto già fatto da Toscana ed Emilia Romagna», annuncia al termine del suo primo incontro con le Regioni il ministro della Salute pentastellato Giulia Grillo. Anche perché i tempi di attesa si stanno sempre più allungando. Dal 2014 al 2017 secondo l'ultima indagine del Crea sanità e della Cgil si è infatti passati da 61 a 88 giorni per una visita oculistica, da 36 a 56 per un'occhiata dall'ortopedico, mentre per una colonscopia non bastano tre mesi. Privatamente in ospedale per le stesse prestazioni non si aspettano più di 4 o 6 giorni.

Disparità alle quali il neo-ministro vuol porre fine mentre insieme alle Regioni prepara una vera rivoluzione del prontuario

farmaceutico, dove a parità di efficacia terapeutica lo Stato rimborserà il medicinale meno costoso. Tecnicamente l'operazione si definisce «riordino per categorie terapeuticamente omogenee» fissando il prezzo di rimborso al livello più basso tra quelli al «4° livello di classificazione Ato». Detta così la capiscono in pochi ma funziona in questo modo: se ad esempio al primo livello ci sono tutti i farmaci per l'apparato digerente, al secondo gli antiacidi, al terzo gli antiulcera, al 4° livello troviamo gli «inibitori della pompa protonica», i diffusissimi medicinali contro il reflusso esofageo. In questa categoria sono in commercio cinque molecole con lo stesso meccanismo di azione ma a prezzi diversi. In futuro lo Stato rimborserà solo quello con il prezzo più basso, a meno che gli altri produttori non si adeguino. Anche se il medico sarà libero di prescrivere come mutuabile il prodotto più costoso, motivando la sua scelta. Un'operazione che secondo stime dell'Aifa potrebbe far risparmiare almeno 2 miliardi l'anno, da reinvestire sui costosissimi farmaci innovativi in arrivo. «Che la riforma vada fatta lo sostengo da tempo e le Regioni sono d'accordo», dichiara Grillo. Che ora dovrà vedersela con le resistenze di medici di famiglia e industriali della pillola. —

© BY NO ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'emergenza Sanità senza medici

Mancano gli anestesisti e d'estate non si opera stop a un intervento su tre

Quattromila posti scoperti, disagi e proteste da Nord a Sud
I chirurghi costretti a rinviare le operazioni a ottobre

MICHELE BOCCI

A Napoli una donna ha dovuto fare un appello su Facebook per ottenere l'intervento per un cancro al seno tra 20 giorni, a Orvieto le sale operatorie viaggiano a singhiozzo, al Gaslini di Genova pochi giorni fa sono saltate 50 operazioni. Si sentono in tutta Italia gli effetti della carenza di anestesisti nel sistema sanitario. E con l'estate che inizia oggi e porta con sé il calo fisiologico dell'attività degli ospedali, la situazione rischia di essere ancora più complessa. Si stima che circa un terzo degli interventi non urgenti saranno rinviati a ottobre e anche oltre, proprio a causa della combinazione tra la stagione e le carenze croniche di personale. Quella dell'anestesista è una delle figure mediche che da più tempo soffre per la riduzione degli organici. Ormai ai concorsi si presentano meno candidati dei posti a disposizione, perché dalle scuole di specializzazione escono troppi pochi dottori per sostenere l'alto numero di pensionamenti. Secondo la Aaroi, il sindacato di categoria, nel nostro Paese mancano circa 4mila anestesisti, rispetto a un organico di 16-18mila professionisti. «Dalle scuole di specializzazione fino all'anno scorso uscivano 650

colleghi della nostra disciplina – spiega Alessandro Vergallo, segretario del sindacato che lavora agli Spedali Civili di Brescia – Quest'anno le Regioni hanno stimato che ne andrebbero presi 866 ma secondo noi il numero dovrebbe salire a 1.165, cioè il massimo potenziale formativo delle nostre Università, così da dare un po' di respiro agli ospedali». Quello dell'anestesista è un lavoro considerato molto duro, ma dietro le quinte. «Non abbiamo la visibilità del chirurgo – racconta un professionista – ma la vita dei pazienti è nelle nostre mani». Si tratta di una figura trasversale, per questo la sua carenza si fa sentire in modo pesante sul sistema. Si occupa infatti degli interventi chirurgici e delle terapie intensive. Inoltre sono spesso questi specialisti a salire sulle ambulanze o comunque ad occuparsi di emergenza. Se mancano loro l'attività degli ospedali rallenta giocoforza. E così succede che in Campania, dice l'Aaroi, in certe strutture si operi una volta alla settimana e che una malata di cancro si senta prospettare una lunga attesa proprio per la carenza di un anestesista. Il problema della paziente è poi stato risolto rapidamente. «Nemmeno con montagne di straordinario, spesso regalato, ferie e riposi rinviati all'infinito, turni massacranti, riusciamo più ad arginare gli effetti devastanti della carenza di personale – dice ancora Vergallo –

L'allungamento delle liste di attesa chirurgiche è un problema che dipende inevitabilmente dal fatto che siamo sempre meno». Sono anche altre le specialistiche che hanno difficoltà: la pediatria ma anche la medicina d'urgenza, la ginecologia, l'ortopedia. Il problema è noto da tempo e ne hanno parlato anche ieri la ministra della Salute Giulia Grillo e le Regioni in un incontro. Da una parte ci sono pensionamenti (con 30mila uscite di camici bianchi dal servizio pubblico nei prossimi anni) e blocchi delle assunzioni, dall'altra un numero troppo basso di professionisti che si specializzano. «Bisogna tornare ad assumere, cosa che tra l'altro può contribuire a ridurre le liste di attesa – ha detto ieri alla ministra Antonio Saitta, assessore alla Salute del Piemonte e coordinatore delle

Regioni in questo campo – Va aumentata l'offerta formativa. Oggi molte strutture corrono il rischio reale di chiudere i servizi». Per Saitta bisogna «finanziare 2.600 borse di specializzazione velocemente», cioè in più rispetto alle circa 6.200 già attive. Il tutto d'estate fa sentire ancora di più i suoi effetti. «Noi medici – spiega Carlo Palermo del sindacato degli ospedalieri Anaa – dobbiamo fare per legge almeno tre settimane di ferie estive e ovviamente qualcuno ne fa anche di più. Va a finire che in questa stagione gli ospedali, a fronte di una domanda dei pazienti che non si riduce più come un tempo, lavorano il 25% in meno. Ma se a questo dato sommiamo le carenze di personale di questi anni si arriva anche sopra al 30-35%». E un terzo delle operazioni slittano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





In prima linea
Angelo Gratarola, primario di
anestesia al S. Martino di Genova

Intervista



Il primario “I piccoli ospedali rischiano di più Si salvano i grandi”

Anche in un grande ospedale la carenza di anestesisti si fa sentire. Come, lo spiega Angelo Gratarola, primario ospedaliero al San Martino di Genova.

Quanti anestesisti siete e quanti ne mancano?

«L'organico è in tutto di una novantina di professionisti. Diciamo che ce ne vorrebbero una decina di più».

Ma l'azienda e la Regione li fanno i concorsi?

«Certo, da questo punto di vista c'è poco da rimproverargli. Il punto è che se fai un bando per 10 anestesisti magari ne trovi 3. E così non si arriva mai in pari. Oltretutto talvolta i giovani neospecializzati vengono subito presi da altre aziende».

Come si organizza l'attività del reparto in queste condizioni?

«Fare i turni in questa stagione è difficilissimo. Bisogna programmare e chiedere ai colleghi di essere elastici e magari fare dei sacrifici. I turni di lavoro talvolta si allungano di molte ore ma per noi vengono prima i malati, e quindi facciamo di tutto per non far saltare gli interventi, cosa che qui capita raramente».

È più facile lavorare in un grande ospedale?

«Strutture come il San Martino sono più appetibili per i professionisti. Eppure abbiamo problemi anche noi, figurarsi negli ospedali medio-piccoli. Lì basta che manchino un paio di colleghi e l'attività è in ginocchio».

– mi. bo.

DIRIPRODUZIONE RISERVATA

Caldo, 23mila morti in 11 anni

Dati choc da Legambiente. «Il clima in Italia è già cambiato»

GIULIO ISOLA

Nubifragi, siccità, ondate di calore sempre più forti e prolungate: anno dopo anno si ripetono in Italia fenomeni meteorologici sempre più intensi ed estremi, dovuti in primis ai cambiamenti climatici che stanno già causando danni ai territori, alle città indietro nelle politiche di adattamento al clima, e alla salute dei cittadini.

Sono 198 i comuni italiani dove, dal 2010 ad oggi, si sono registrati impatti rilevanti con 340 fenomeni meteorologici estremi, 64 i giorni di blackout elettrici dovuti al maltempo e 64 i giorni di stop a metropolitane e treni urbani nelle principali città italiane. E se dal 2010 ad oggi sono oltre 157 le persone vittime di maltempo e 45mila quelle evacuate, secondo dati del Cnr, sono soprattutto i dati snocciolati ieri da Legambiente sulla siccità a dire quanto l'emergenza sia grande, e sottovalutata: tra il 2005 e il 2016, in 23 città italiane, le ondate di calore hanno causato 23.880 morti.

L'allarme, che si intreccia a quello dello spreco d'acqua (nel 2015 è stata dispersa il 38,2% di quella immessa nella rete di distribuzione, con perdite complessive che potrebbero soddisfare le domande annuali di 10 milioni di persone), arriva nel giorno in cui sul clima in Italia vengono anche pubblicati i dati Istat. Col nuovo millennio, infatti, il nostro Paese è diventato più caldo di un grado. Nel periodo 2002-2016, in particolare, le temperature medie nelle città capoluogo di regione sono state di un grado più calde della media del trentennio precedente, 1971-2000. È aumentato il numero dei giorni e delle notti torride, e le ondate di calore durano di più. Parallelamente, dal

2000 le precipitazioni sono cresciute dell'1,6%: più caldo, quindi più evaporazione, e poi piogge più forti e rovinose. L'Istat si limita a riferire i dati raccolti e non dà spiegazioni sulle cause (d'altronde, non è il suo mestiere). Ma è facile leggere in questi numeri i segni del riscaldamento globale in atto in tutto il mondo, provocato dalle emissioni di gas serra di origine umana, soprattutto la CO2 proveniente dalla produzione di energia e dai trasporti.

«Per concretizzare la lotta ai cambiamenti climatici – ha dichiarato Giorgio Zampetti, direttore generale di Legambiente – occorre dar avvio ad interventi rapidi e politiche di adattamento a partire dai grandi centri urbani attraverso nuove strategie, risorse economiche e un indirizzo forte a livello nazionale. I tradizionali interventi strutturali devono lasciare sempre più spazio a nuovi piani che tengano conto di equilibri climatici ed ecologici complessi». Proposte ed esempi virtuosi esistono già, non solo nelle lontane Glasgow o Copenaghen: da Bologna, che ha approvato un complesso Piano urbano del clima, al piccolo comune sardo di Posada, che ha valorizzato le sue coste e la sua zona montuosa creando un Parco naturale regionale, fino al piano municipale di gestione delle acque di Isola Vicentina o alle barriere anti alluvione di Bomporto, in provincia di Modena, Legambiente ha spiegato come alcuni Comuni abbiano già avviato progetti per mettere in sicurezza fiumi, restituire spazi alla natura e alla fruizione dei cittadini, creare quartieri vivibili anche quando le temperature crescono grazie agli alberi e all'acqua o a materiali naturali che permettono di ridurre l'effetto isola di calore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

