Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

27-NOV-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

NOTIZIE

Ok della Commissione europea ad un nuovo farmaco

L'unico inibitore del CDK4/6 ad essere approvato in Europa

La Commissione Europea ha approvato palbociclib per il trattamento di donne con carcinoma mammario metastatico o localmente avanzato positivo al recettore ormonale e negativo al recettore di tipo 2 del fattore di crescita epidermico umano (HR+/HER2-). Palbociclib è stato approvato per l'utilizzo in combinazione con un inibitore dell'aromatasi. L'approvazione riguarda anche l'uso di palbociclib in combinazione con fulvestrant in donne che hanno ricevuto una precedente terapia endocrina. Palbociclib è il primo farmaco che agisce inibendo le chinasi ciclina-dipendenti 4 e 6 (CDK 4/6) a essere approvato in Europa. È anche il primo nuovo farmaco, da 10 anni a questa parte, a essere approvato per il trattamento di prima linea delle donne con questo tipo di carcinoma mammario metastatico. Le donne con carcinoma al seno metastatico HR+/HER2- rappresentano circa il 60% di tutti i casi di cancro al seno metastatico. **(E. S.)**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Sabato 26 NOVEMBRE 2016

Osteoncologia. Le nuove frontiere? Bloccare la trasformazione di micrometastasi scheletriche da silenti a sintomatiche

Di salute dell'osso nel paziente oncologico ne parlano gli esperti oggi al Regina Elena. La malattia oncologica e le terapie antitumorali sono responsabili della modificazione del metabolismo osseo. La presa in carico del paziente è importante anche alla luce delle nuove scoperte che vedono nell'alterazione dell'osso del paziente oncologico una "nicchia pre-metastatica".

La neoplasia e l'utilizzo di terapie antitumorali, come l'ormonoterapia e le chemioterapie, possono causare perdita di massa ossea, riduzione della resistenza e conseguente aumento di fratture sia nella donna che nell'uomo, anche in assenza di traumi. All'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena un team multidisciplinare di specialisti (endocrinologo, ortopedico, oncologo, radiologo, radioterapiasta, fisioterapista, infermiere), accompagna i pazienti in un percorso diagnostico e terapeutico condiviso e tiene conto di tutti gli aspetti connessi alla malattia ossea.

Si stima che nel 2016 in Italia verranno diagnosticati oltre 365.000 nuovi casi di tumore maligno (dati AIRTUM). Le due neoplasie più frequenti, il tumore della prostata negli uomini e quello della mammella nelle donne, per il tipo di trattamento chemioterapico ed ormonale cui vengono sottoposti sono quelle più a rischio di osteopenia/ostepoporosi. Il 53% degli uomini con cancro della prostata soffre di osteoporosi. Considerando che in Italia ci sono circa 400.000 pazienti con carcinoma della prostata, risulta che oltre 200.000 uomini sono colpiti da danno osseo legato al trattamento antiormonale. Mentre circa 700.000 donne che hanno avuto un carcinoma della mammella sono lungo sopravviventi, e potenzialmente colpite da danno osseo legato ai trattamenti ricevuti. Le donne con tumore del seno hanno, inoltre, un rischio di frattura di circa il 31% più alto rispetto a donne sane.

A detta degli esperti, inoltre, le modificazioni del riassorbimento osseo, nei pazienti oncologici, possono predisporre all'insorgenza di metastasi scheletriche, determinando quella che si definisce "nicchia pre-metastatica".

"La malattia neoplastica – spiega **Marialuisa Appetecchia**, Responsabile dell'Endocrinologia IRE- dipende dall'interazione tra cellula cancerosa e microambiente. Recenti studi hanno fornito nuove interpretazioni in tema di sopravvivenza, espansione, invasività e quiescenza della cellula neoplastica. Sopratutto per quanto riguarda il tumore del seno, è di osservazione clinica non rara la comparsa di metastasi osteo-midollari dopo decenni (5-25 anni) dalla diagnosi iniziale, il che fa pensare a una lunga sopravvivenza di cellule cancerose, di tipo staminale, disseminate in una fase precoce di malattia. Le cellule cancerose disseminate formano una nicchia osteo-midollare. Queste cellule tumorali "dormienti" godono di un vantaggio di sopravvivenza, essendo resistenti alle chemioterapie, efficaci limitatamente a un "target" di cellule proliferanti. Inoltre questa sorta di "nascondino" protegge le cellule neoplastiche anche dall'attivazione della risposta immunitaria."
"Smascherare tali meccanismi – prosegue **Gennaro Ciliberto**, Direttore Scientifico IRE - può aprire la strada a nuove terapie rivolte miratamente a contrastare il "risveglio" delle cellule inattive, e quindi il passaggio da micrometastasi silenti a macrometastasi sintomatiche."

Di tutto questo si è parlato oggi all'Istituto Regina Elena all'incontro "**La salute dell'osso nel paziente oncologico: stato dell'arte e prospettive future**". L'osso è un tessuto in continuo cambiamento. Sin dalla nascita è costantemente sottoposto a rimodellamento: il tessuto osseo maturo viene eliminato (riassorbimento osseo) e ne viene deposto di nuovo (neoformazione ossea) che una volta mineralizzato acquista caratteristiche di robustezza, solidità ed elasticità.

La malattia oncologica e le terapie antitumorali sono responsabili della modificazione del metabolismo osseo. Il paziente a rischio di sviluppare eventi scheletrici è indirizzato presso l'ambulatorio dedicato alla patologia dell'osso dell'Istituto Regina Elena. La presa in carico del paziente è importante anche alla luce delle nuove scoperte che vedono nell'alterazione dell'osso del paziente oncologico una "nicchia pre-metastatica".

"L'ambulatorio dedicato di osteoncologia dell' Endocrinologia IRE – evidenzia Appetecchia - lavora alla definizione di percorsi ed alla formazione di una Rete per la gestione del paziente."

"La prospettiva di studio più immediata – conclude Ciliberto - è l'identificazione precoce del paziente a rischio e del farmaco specifico per ciascun soggetto, al fine di contenere la spesa farmaceutica e i costi sociali legati alle fratture. Di certo l'obiettivo più ambizioso è la prevenzione di eventi scheletrici metastatici attraverso terapie a bersaglio molecolare osseo."

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 11.688
Diffusione 09/2016: 9.166
Lettori Ed. II 2016: 120.000
Quotidiano - Ed. Reggio Emilia

GAZZETTA DI REGGIO

Dir. Resp.: Stefano Scansani

27-NOV-2016
da pag. 19
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Tumori, 30.900 i nuovi casi nel 2016

I dati regionali diffusi dall'Azienda ospedaliera in occasione del convegno internazionale di lunedì e martedì prossimi al Core

» Il primo Core Oncology Award sarà assegnato a Corrado Boni e a Maurizio Scaltriti

» Nel tumore al seno screening e terapia adiuvante hanno contribuito a ridurre la mortalità del 30%

REGGIO EMILIA

«Nel 2016 in Emilia Romagna sono stimati complessivamente, 30.900 nuovi casi di tumore» che vedono coinvolti «15.700 uomini e 15.200 donne». Sono i dati diffusi dall'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia in occasione del primo convegno internazionale sui "Bisogni della ricerca clinica e traslazionale in Oncologia" in programma lunedì e martedì prossimi al Core presso l'Azienda ospedaliera Irccs Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Grazie alle campagne di prevenzione e alle nuove terapie a disposizione, viene osservato, «il 60% dei pazienti sconfigge la malattia, percentuale che raggiunge il 70% nelle neoplasie più frequenti». Proprio alle cure innovative è dedicato il summit reggiano in cui si confronteranno i maggiori studiosi europei e nord-americani del settore.

«I centri di ricerca della Regione hanno offerto un contributo fondamentale negli studi internazionali sulle nuove molecole - spiega il dottor Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom-Associazione Italiana di Oncologia Medica e direttore dell'Oncologia Medica dell'Irccs di Reggio Emilia -. Pensiamo a due neoplasie a forte incidenza come quelle del colon-retto e del seno, rispettivamente con 4.100 e 4.200 nuove diagnosi stimate in Emilia-Romagna nel 2016». A giudizio di Pinto «non solo riusciamo a individuarle con lo screening in fase precoce e a guarirle grazie a terapie innovative, ma è possibile migliorare anche la sopravvivenza nella fase metastatica in modo significativo per effetto di trattamenti sempre più efficaci. Nel colon-retto avanzato - conclude - in 15 anni è passata dai 6-9 mesi agli attuali 30-36 e nel tumore al seno l'effetto combinato di screening e terapia adiuvante ha contribuito a ridurre la mortalità del 30%».

Proprio su queste due neoplasie si svolgeranno le letture magistrali del dottor Corrado Boni per anni direttore dell'Oncologia di Reggio Emilia e del ricercatore Maurizio Scaltriti, guida dello Human Oncology and Pathogenesis Program in uno dei più importanti centri del mondo, il Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York. A entrambi sarà assegnato un prestigioso riconoscimento, il primo Core Oncology Award 2016. Al primo per gli studi decisivi sulla terapia adiuvante del carcinoma del colon e al secondo per gli studi su eterogeneità cellulare, resistenze e risposta alle terapie.

Gli sforzi della ricerca oggi sono concentrati sul riconoscimento di molecole che possono predire una risposta ai trattamenti oppure che possono costituire il bersaglio di nuove terapie il più possibile mirate e specifiche. «Caratterizzazione molecolare e immuno-oncologia stanno cambiando lo standard del trattamento in molte neoplasie - conclude il dottor Pinto -. Nel corso del convegno approfondiremo anche le nuove prospettive nella cura dei tumori del seno e dell'ovaio, del polmone, delle neoplasie genito-urinarie e gastrointestinali. Infine realizzeremo un focus sul tema della sostenibilità di questi trattamenti con un confronto fra clinici e pazienti».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 11.688
Diffusione 09/2016: 9.166
Lettori Ed. II 2016: 120.000
Quotidiano - Ed. Reggio Emilia

GAZZETTA DI REGGIO

Dir. Resp.: Stefano Scansani

27-NOV-2016
da pag. 19
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Cure innovative I maggiori studiosi a confronto

La prima giornata del convegno punterà l'attenzione sui target molecolari e sullo sviluppo degli studi di fase I, con la partecipazione di quattro illustri ricercatori Clara Montagut (Barcellona), Alberto Bardeli (Torino), Nicola Normanno (Napoli) e Anastasios Stathis (Bellinzona). Si discuterà poi di immunoterapia con Luis Diaz (Baltimora), Michele Maio (Siena) e Vanna Chiarion Sileni (Padova). Le novità e le criticità della ricerca clinica in ambito di tumori della mammella e di tumori dell'ovaio saranno affrontati da Luca Gianni (Milano), Pier Franco Conte (Padova), Massimo Cristofanilli (Chicago) e Sandro Pignata (Napoli). Concluderà la prima giornata il dottor Paolo Casali della Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Nel secondo giorno si discuterà di caratterizzazione e scelta delle terapie nei tumori polmonari con Lucio Crinò (Perugia) e Giorgio Scagliotti (Torino). Saranno affrontate inoltre le sequenze terapeutiche nei tumori uro-genitali e gastro-intestinali con Laurence Albiges (Parigi), Gerhardt Attard (Sutton), Giampaolo Tortora (Verona), Dirk Arnold (Lisbona), Francesco di Costanzo (Firenze) e Michele Reni (Milano). Su valore, costi e sostenibilità delle cure per il Servizio Sanitario Nazionale si confronteranno con Carmine Pinto tra gli altri l'assessore regionale Sergio Venturi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 11.688
Diffusione 09/2016: 9.166
Lettori Ed. II 2016: 120.000
Quotidiano - Ed. Reggio Emilia

GAZZETTA DI REGGIO

Dir. Resp.: Stefano Scansani

27-NOV-2016
da pag. 19
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Il Core ospita il primo convegno internazionale sui bisogni della ricerca clinica e traslazionale in Oncologia

Carmine Pinto

Corrado Boni

Maurizio Scaltriti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 27.200
Diffusione 09/2016: 18.696
Lettori Ed. I 2016: 310.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Dir. Resp.: Antonio Ardizzone

27-NOV-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE. La nuova tecnica d'indagine presentata a Roma. Per il genetista Quagliata «potrebbe rappresentare una svolta epocale nella prevenzione del cancro»

Tumori, diagnosi più rapide con la nuova «biopsia liquida»

••• Diagnosticare un tumore può ora essere più facile, come curarlo con una maggiore personalizzazione della terapia. Con la biopsia liquida. Se nel circolo sanguigno ci sono delle cellule tumorali circolanti e piccoli frammenti di Dna tumorale, questi possono essere individuati da un'indagine biomolecolare effettuata su un semplice prelievo di sangue da inviare ai laboratori Bioscience e Genomics al San Raffaele di Milano o all'università Tor Vergata di Roma.

L'avvento della nuova metodica di indagine riveste particolare importanza, considerato che sono diversi i tipi di tumore che si sviluppano senza dare sintomi e vengono diagnosticati allorché arrivano a uno stadio avanzato, talora inoperabile.

La biopsia liquida (SCED) può dare a pazienti a rischio (familiarità, stili di vita nocivi), informazioni sulla presenza di mutazioni genetiche prima che il tumore possa essere rilevato con le tecniche tradizionali e individuare anche, in corso di terapia, quelle mutazioni che possono rendere le cellule cancerose resistenti ai farmaci prescritti.

Uno studio di biologia molecolare con la tecnica SCED, ha analizzato campioni di sangue di oltre 15 mila pazienti. Individua 50 tipi di geni di interesse oncologico e 2800 mutazioni, con una specificità del 98%. È stata testata sul cancro del seno, del colon-retto e su quello della prostata.

UN PRELIEVO DI SANGUE CONSENTIRÀ DI INDIVIDUARE CELLULE MALATE

«La tecnologia SCED potrebbe rappresentare una svolta epocale nella prevenzione del cancro», osserva Luca Quagliata dell'Istituto di medicina genetica e patologia dell'università di Basilea, alla presentazione, a Roma, della nuova tecnica. E spiega: «Le cellule cancerose rilasciano nel sangue tracce di Dna tumorale. Inoltre, in certi casi, gruppi di cellule tumorali si staccano dalla massa primaria restando in circolazione per un periodo limitato. La nuova metodica offre la possibilità di analizzare entrambe le componenti e scoprire tumori in fase precocissima».

(*CN*) **CARMELO NICOLOSI**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 25.609
Lettori Ed. I 2015: 157.000
Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

Dir. Resp.: Mario Calabresi

27-NOV-2016
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA RICERCATRICE

"Il dolore si combatte anche con i numeri e le statistiche"
La prima dottoressa in cure palliative

ALESSANDRA CORICA A PAGINA IX

"Il dolore si sconfigge anche mettendo in fila numeri e statistiche"

La ricercatrice. Cinzia Brunelli è la prima in Italia a ottenere il dottorato in cure palliative Ma per averlo ha dovuto andare fino in Norvegia

I PUNTI

I PAZIENTI
In Lombardia ogni anno i malati che potenzialmente hanno bisogno di cure palliative sono 45mila: di questi, 29mila sono ammalati di tumore Nel 2015 la Regione ha investito sul capitolo 84 milioni

LE CURE
Possono essere erogate a casa, con l'assistenza a domicilio, o in regime di ricovero, negli hospice ospedalieri o socio-sanitari: il primo reparto di cure palliative in Italia è nato all'Istituto dei Tumori nel 1987

IL DOTTORATO
Si chiama PhD ed è stato conseguito dalla ricercatrice dell'Istituto dei Tumori Cinzia Brunelli: è la prima in Italia. Il dottorato è stato fatto grazie a una convenzione con l'università di Trondheim

La formazione universitaria in questa specialità non esiste se non sulla carta

ALESSANDRA CORICA

GLI ANNI che ha trascorso in istituto, ad analizzare dati e scrivere ricerche, sono già venticinque. Ma a Cinzia Brunelli, 49 anni e due figli ormai grandi, la voglia di studiare non è passata, «perché — spiega — si tratta di approfondire una materia, quella delle cure palliative, la cui importanza è stata ormai riconosciuta non solo nel nostro Paese, ma a livello globale». Se non fosse, però, che per portare avanti il suo percorso — e conseguire, per la prima volta in Italia, un PhD, ovvero dottorato di ricerca in terapie del dolore e cure palliative — Brunelli, ricercatrice in forze all'Istituto nazionale dei tumori di via Venezian, nel 2013 ha dovuto bussare alla porta dell'università di Trondheim, in Norvegia. Visto che a Milano, come nel resto del Paese, la formazione universitaria in cure palliative dal 2010 esiste sulla carta. Ma deve ancora diventare realtà.

Il dottorato è durato tre anni, ed è stato co-finanziato dalla Fondazione Floriani, da sempre in prima linea per il riconoscimento delle cure contro il dolore. Brunelli lo ha conseguito venerdì scorso, nell'aula magna di via Venezian diventata, per l'occasione, succursale dell'ateneo norvegese. «Lavoro da molti anni all'interno del reparto di cure palliative di via Venezian, ma quello della ricerca è un settore che, per definizione, prevede continui approfondimenti e formazione — spiega Brunelli, precaria da vent'anni e più, a caccia ogni anno di fondi e finanziamenti per portare avanti il suo lavoro — . È per questo che ho deciso di fare il dottorato. In convenzione però con l'università di Trondheim, visto che qui in Italia manca ancora una formazione universitaria in merito. Un buco da colmare: la maturità di una disciplina scientifica si basa sulla possibilità di fare ricerca rigorosa. Da questo punto di vista, la situazione italiana è anomala».

Nel 2010 è stata approvata una legge nazionale che prevede che le cure palliative siano riconosciute a livello universitario, con

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 25.609
Lettori Ed. I 2015: 157.000
Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

Dir. Resp.: Mario Calabresi

27-NOV-2016
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

la creazione di percorsi di studio specifici per medici, infermieri e ricercatori. Proprio come Brunelli, laureata in Statistica e ogni giorno alle prese con l'analisi dei dati sui mille e oltre pazienti che, ogni anno, passano dall'hospice, dagli ambulatori e dal reparto di cure palliative di via Venezian. «È proprio qui che nel 1987 è nato il primo reparto italiano — ricorda l'attuale direttore, Augusto Caraceni —. All'epoca si trattò di una novità in assoluto, possibile grazie alla lungimiranza di Vittorio Ventafridda. Che, insieme a Gianni Bonadonna e Umberto Veronesi, tra gli anni Settanta e Ottanta ha contribuito a cambiare e modernizzare il modo di curare i malati di tumore. Proprio per questo è un paradosso che per poter avere un'adeguata formazione universitaria in materia, oggi sia necessaria una convenzione con un'università norvegese».

Al momento la Statale ha attivato dei master "professionali" che possono essere frequentati da medici e ricercatori che vogliono approfondire il tema delle cure palliative, nonché un inter-dipartimento: l'idea sarebbe quella di proseguire su questa strada, ma corsi universitari ad hoc ancora non sono stati introdotti. Mentre la Regione, negli ultimi mesi, ha introdotto percorsi di formazione continua per i professionisti di qui al 2018. «Nei fatti manca ancora una formazione universitaria, nonostante quanto previsto dalla legge — rimarca Caraceni —. Qui si sta parlando di un settore, quello delle cure palliative, che deve avere pari dignità». Visto che, ormai, quando si parla di terapia del dolore non si tratta solo di assistere pazienti nelle ultime settimane di vita: «Chi lavora in questo campo segue malati con patologie che non possono essere curate e che per questo hanno bisogno di combattere o ridurre il dolore. L'introduzione di adeguati percorsi formativi non può più essere rimandata».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

CINZIA BRUNELLI
Ha ottenuto il dottorato in cure palliative
A destra l'Istituto dei Tumori

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Repubblica Robinson

27-NOV-2016
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

FEDE E RAGIONE

Scienziato, fai il miracolo

La sentenza che autorizza l'ibernazione di una ragazza malata terminale rivela un nuovo modo di sperare: quello che un tempo ci aspettavamo dalla religione ora lo chiediamo alla medicina Soprattutto nelle società di cultura protestante

Testo di Francesco Paolo de Ceglia

«Ho solo quattordici anni e non voglio morire», ha scritto al giudice una ragazza britannica malata terminale. Ed è per questo che ha chiesto di essere crioconservata. Sottoposta cioè a un processo che, abbassando dopo la morte la temperatura corporea a meno 196°C, blocca la decomposizione. Per un tempo indeterminato. O almeno fino a quando la scienza sarà in grado di "scongelarla", riportandola in vita e curandone la malattia. Dalla fine degli anni Sessanta sono ormai quasi quattrocento i casi di coloro che in tutto il mondo hanno consegnato i propri corpi a gelidi cimiteri tecnologici, distribuiti tra Stati Uniti e Russia. A essersi "addormentati nella speranza della resurrezione", come si sente recitare durante la messa. Una resurrezione tutta laica, scientifica, o meglio fantascientifica, visto che non si sa se quei cadaveri potranno mai risvegliarsi.

Ma di una vera e propria resurrezione si tratterebbe, se ci si riuscisse. E questo, nonostante le nuove definizioni di morte che, per mitigare i dilemmi etici, trovano ospitalità sul sito di qualcuno di quei cimiteri sottozero. L'operazione può infatti essere condotta solo su soggetti, come si legge, "legalmente morti". Occorre dare il giusto nome alle cose: non si sospende la vita, quindi, ma si conserva un cadavere. «Tutti vogliono possedere la fine del mondo», spiega il magnate Ross Lockhart, uno dei protagonisti di *Zero K*, l'ultimo romanzo di Don DeLillo, dedicato proprio alla criogenia umana. «Siamo nati senza sceglierlo. Dovremmo morire nello stesso modo?».

È dunque la scienza che viene chiamata a esercitare un'azione taumaturgica. A fornire una salvezza escatologica. Attraverso un vero e proprio miracolo, la cui nozione, frutto di una lunga elaborazione storica, divide ancora. Come ormai un secolo fa dimostrò Lucien Lévy-Bruhl, nelle culture "primitive" non vi è infatti differenza tra naturale e sovrannaturale: si ha semplicemente paura. Davanti a un fulmine che solca il cielo, come dinanzi a un totem. Un po' tutto è quindi prodigioso, esito dell'intervento di *numen*, vale a dire di un principio *tremendum et fascinans* che permea una natura priva di una normatività autonoma. Furono i venti del razionalismo aristotelico filtrato dal mondo arabo che cambiarono radicalmente le cose. Con le università e con Tommaso d'Aquino: il miracoloso era quel che trascendeva l'ordine della natura. Un fenomeno non poteva più es-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

sere naturale e miracoloso al tempo stesso. Sul piano pratico, determinante fu l'impiego, sempre più sistematico, di questo tipo di eventi come prove nei processi di canonizzazione, via via più rigorosi per non prestare il fianco alle critiche delle Chiese protestanti. Il termine "miracolo" diventava qualcosa che solo la Chiesa poteva certificare.

Come anni fa ipotizzò Peter Dear, la natura dei cattolici, che aveva fino a quel momento condiviso territori di intersezione con la sovrannatura, sembrò ritirarsi. A restare fu una sua immagine "senza qualità". Un accrocco di diafana materia geometrizzata, come quella di Galileo o Cartesio, i cui fiacchi oggetti parevano essere preda di forze esterne.

La Riforma protestante avrebbe rivoluzionato lo scenario. Lutero era scettico nei confronti dei miracoli, dietro i quali scorgeva gli interessi di papisti che si facevano pagare a ogni "amen". Un miracolo era all'epoca considerato come un portento, un'azione con cui Dio dimostrava a tutti chi stesse benedicendo, più che un atto di misericordia. Ecco perché Lutero si spingeva a ridurre il campo del miracoloso in senso stretto, il che gli permetteva di alzare l'asticella dei rapporti tra natura e sovrannatura a vantaggio della prima. Credeva che Dio fosse "consustanziale" al mondo. Non una forma di panteismo, la sua, ma la lunga eco della persuasione agostiniana per la quale anche la natura sarebbe stata pervasa da una sorta di forza divina. Erano così in parte cancellati i confini tra natura e sovrannatura e, con essi, la missione che la Chiesa si era autoaffidata di presidiarli: era tutto il mondo a essere per così dire immerso in un liquido amniotico divino. Ed è per questo che la natura sprizzava e sobbolliva di energia. Sì, la natura proteiforme degli alchimisti, come Paracelso, il "Lutero dei medici", il quale, formalmente cattolico, venne apprezzato, finanche venerato, soprattutto nei paesi protestanti.

Mentre la Chiesa cattolica non rinunciava al proprio ruolo di mediatrice tra vita e morte (di qui il culto dei santi e dei defunti tutti), la Riforma introduceva una "democratizzazione" della salvezza. Perché gli uomini di Chiesa non si sentivano più intermediari tra Dio e il figlio di Adamo. Non erano più sacerdoti, ma semplici pastori. Gli scienziati potevano così avocare a sé parte di una funzione sciamanica, o almeno liturgica in senso lato. E spingersi a perlustrare i confini lasciati invigilati dalle loro Chiese. Una nuova classe sacerdotale si affacciava così al mondo moderno, custode della scintilla della vita. E dei segreti della morte. Ed è per questo che soprattutto nei paesi protestanti si chiede il miracolo alla scienza. La longevità, l'immortalità. Se nelle *Artes moriendi* di un tempo, accanto al corpo del defunto venivano raffigurati un angelo e un demone pronti a contendersene l'anima, ora il deceduto è attorniato solo dalle macchine che lo hanno tenuto in vita fino a quel momento. O che l'hanno conservato incorrotto. ⊠

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'autore
Francesco Paolo de Ceglia insegna Storia della scienza all'Università Aldo Moro di Bari Il suo ultimo libro è *Il segreto di San Gennaro. Storia di un miracolo napoletano* (Einaudi). Tra le sue altre pubblicazioni: *Comunicare la scienza* (Carocci) scritto con Silvia Bencivelli e *Storia della definizione di morte* (Franco Angeli), volume di cui de Ceglia è stato il curatore

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2016
da pag. 37
foglio 1
www.datastampa.it

Risponde Sergio Romano

L'ABORTO IN DISCUSSIONE DA MOSCA A WASHINGTON

Perché il Patriarca Kirill ha preso le distanze dalla Lettera apostolica di papa Bergoglio sulla pratica abortiva? Anche se cristianamente ineccepibile, secondo me, Francesco può apparire, a torto o a ragione, troppo «in linea» con un concetto di «libertà» modernista, in tempi che richiedono «prudenza».

Francesco Italo Russo
fruss37@gmail.com

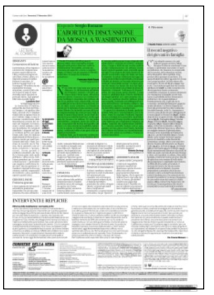
Caro Russo,

Non credo che vi sia stata una «presa di distanza». Le dichiarazioni sull'aborto del Pontefice romano e di Kirill, patriarca della Chiesa russa, affrontano problemi diversi. Francesco ha considerevolmente facilitato la procedura del perdono alla fine di un giubileo sulla misericordia, ma non ha modificato la linea della Chiesa Romana. Kirill, sin dallo scorso settembre, ha firmato un appello per il ripristino di una sanzione penale contro l'aborto che fu abolita con una delle prima leggi promulgate da Lenin nel 1920. Oggi, in Russia, il numero degli aborti, in uno Stato abitato da circa 150 milioni di persone, oscilla ogni anno fra 700.000 e un milione. Vi è un partito «anti-aborto», composto anche da coloro che sono preoccupati dal declino demografico del Paese; e vi è una corrente della pubblica opinione che si oppone al ripristino di una sanzione zarista, certamente invisa a una parte della popolazione femminile.

Vladimir Putin, per il momento, sembra avere scelto una via di mezzo. È un ortodosso devoto, ostenta pubblicamente la sua religiosità visitando chiese e conventi con serietà e compunzione, è legato a Kirill da una vecchia amicizia (si dice maliziosamente che abbiano stretto buoni rapporti quando erano entrambi agenti del Kgb). In un articolo di Giulio Meotti sul *Foglio* del 30 settembre, leggo che Putin, nel 2003, ha imposto «le prime restrizioni alla legge che regola gli aborti dai tempi di Stalin, eliminando il diritto ad abortire nel secondo trimestre per motivi di "vulnerabilità sociale". Ha dato un bonus alle donne che danno alla luce due figli e nel 2012 ha introdotto un periodo di attesa obbligatorio, chiamato "settimana di silenzio", prima che una donna possa abortire. È stata vietata la pubblicità delle cliniche dell'aborto nei luoghi pubblici ed è stato proposto che le donne che vogliono abortire abbiano prima una ecografia, rendendo così obbligatoria la visione dell'embrione e del battito cardiaco»: una drammatica esperienza, se venisse approvata, che dovrebbe indurle a cambiare idea.

Se questa è la situazione in Russia, quella degli Stati Uniti, per le sorti dell'aborto, non è migliore. Come ha ricordato Vladimiro Zagrebelsky su *La Stampa* del 23 novembre, il presidente eletto Donald Trump vorrebbe nominare alla Corte Suprema, per completarne l'organico, un giudice contrario alla legalizzazione dell'aborto. L'America potrebbe tornare così al 1972, quando, nel caso «Roe contro Ward», fu deciso che il divieto dell'aborto era incostituzionale. Ecco un altro punto su cui Putin e Trump potrebbero intendersi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 101.382
Diffusione 09/2016: 39.034
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

27-NOV-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Etica e società

Il Papa perdona l'aborto ma ogni chiesa sceglie da sé In Italia interruzioni in calo

:: STENO SARI

■■■ Non poteva non creare scalpore la lettera di Papa Francesco a conclusione del Giubileo in cui concede a «tutti i sacerdoti» la possibilità di «assolvere quanti hanno procurato peccato di aborto». Prima chi procurava l'aborto otteneva la scomunica «latae sententiae» che poteva essere ritirata solamente dal vescovo. Oggi qualsiasi sacerdote può ritirare la scomunica e liberalizzare l'assoluzione per chi «pentito di cuore ne chiede il perdono». Ma in che misura dovrebbero "pentirsi" gli italiani sull'aborto?

Secondo un'indagine Eurispes di qualche anno fa, l'83,2% del campione è favorevole nel caso in cui la madre sia in pericolo di vita, il 72,9% in caso di gravi anomalie e malformazioni del feto, il 65,1% in caso di violenza sessuale. Sulla scia del calo della fertilità e del maggiore utilizzo di contraccettivi (peraltro anche questi condannati dalla Chiesa Cattolica) si ritiene che la media annuale degli aborti in Italia sia in calo e un poco inferiore ai 100.000. Appare evidente che in una questione così personale, molti fedeli cattolici non ubbidiscono alla gerarchia ecclesiastica.

E le altre religioni più conosciute nel nostro Paese che indicazioni danno a chi li segue?

Tendenzialmente sono tutti contrari all'aborto, ma se gli ortodossi sono molto simili ai cattolici, il mondo protestante è su posizioni variegate. C'è chi lo condanna apertamente e chi riconosce a ciascun individuo la libertà di decidere. Così si legge per esempio che «per i luterani, entro una visione etica fondamentalmente a difesa della vita il cristiano si presenta davanti a Dio con la propria coscienza che non può venire delegata ad altri: la sua responsabilità è personale, anche sul concetto di vita o di morte». I mormoni «pur opponendosi all'interruzione volontaria di gravidanza per benefici personali o sociali, la giustificano quando 1) c'è violenza sessuale o incesto, 2) esiste un grave pericolo per la vita o la salute della gestante, 3) una competente autorità medica stabilisce che il feto, a causa di gravi malformazioni, non sopravvivrà dopo la nascita». «Nell'Islam l'aborto dopo il quarto mese è considerato un omicidio. Alcune scuole fanno salvi i casi di stupro e di problemi di salute della donna incinta» (Wikipedia).

I Testimoni di Geova sono profondamente contrari in ogni caso all'aborto, pur permettendo i metodi anticoncezionali prima del concepimento. Bisognerebbe distinguere poi, tra gli ebrei ortodossi, i riformati, i conservatori e i ricostruzionisti. Comunque secondo Peter Stanford nel libro "50 grandi idee religione" ed. Dedalo: «l'aborto nell'ebraismo non è vietato così severamente come nel cattolicesimo».

Non c'è dubbio che la controversia sull'argomento è senza fine, ma mentre questo conflitto morale continuerà a infuriare, quest'anno sul campo di battaglia dei diritti umani cadranno circa 50 milioni di vite preziose che non vedranno mai la luce. Un dato di fatto agghiacciante che fa rabbrividire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

SICILIA

Sanità: Lorenzin su precari, Regioni facciano concorsi

26 Novembre 2016

Palermo, 26 nov. - "Le notizie per i precari della sanità sono buone. Abbiamo ricevuto i fabbisogni della Sicilia così come delle altre regioni. Nella legge di bilancio del 2016 avevamo previsto un percorso per poter assumere personale e ovviare al tema dei turni di lavoro con l'applicazione della direttiva europea". A dirlo a Palermo è stato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, aggiungendo: "Il percorso è stato lungo perché non era mai stata fatta una ricognizione dei fabbisogni, oggi ci sono arrivati da tutte le regioni e sono al vaglio al Mef".

"A questo punto la Sicilia come le altre regioni farà i concorsi perché bisogna farli. In Italia in molti casi si sono sbloccati i turn over per centinaia di posti di lavoro senza fare i concorsi, che vanno fatti per assumere rispondendo a un fabbisogno di salute e reimmettendo nel sistema sanitario competenze rimaste fuori. Abbiamo il fondo per la stabilizzazione dei precari e lo sblocco del turn over dove prevediamo un minimo di 7mila nuove assunzioni tramite concorso" ha concluso Lorenzin.

Lascia il tuo commento

Testo

Caratteri rimanenti: 400

INVIA

I SONDAGGI DEL GIORNO

Fidel Castro tra i dittatori del Novecento: chi è il peggiore?

VOTA SUBITO! →

Castro è morto, secondo voi cosa ne sarà adesso di Cuba?

VOTA SUBITO! →

L'IMBECCATA
DI FRANCO BECHIS

Sto con Laura Boldrini. E con chi è perseguitato per le opinioni

Sto con Laura Boldrini senza alcun dubbio. Sono pronto a mettermi davanti a lei e farle da scudo (sono abbastanza grosso), e perfino da body guard ...

Donald e le sue Trump-balle sulle donne conquistate

La soffiata arrivò da un certo signor John Miller al giornalista di People, il periodico più famoso di gossip. "Donald Trump è assediato dalle donne",...

quotidianosanità.it

Sabato 26 NOVEMBRE 2016

Forum Risk Management in Sanità 2016. Pronti i primi risultati del "Laboratorio PDTA"

Il report sarà presentato il 29 novembre e costituirà la piattaforma per impostare un confronto con tutti gli stakeholders e contribuirà ad individuare i maggiori ostacoli nell'attuazione dei Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e le soluzioni per la messa a punto di questo strumento di gestione ottimale delle cure

Il Forum Risk Management in Sanità, giunto alla sua undicesima edizione, dal 2006 concorre a promuovere buone pratiche per la sicurezza in sanità. A causa del mutamento "epidemiologico" determinato dalla straordinaria diffusione delle patologie cronico-degenerative, è ormai divenuto centrale il tema dei PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali), intesi come strumento di innovazione scientifica e organizzativa, ma anche come strumento di programmazione e di integrazione tra le competenze delle diverse professioni sociosanitarie.

I PDTA si inseriscono nel contesto dei nuovi modelli organizzativi e di *governance* del Servizio Sanitario Nazionale, caratterizzati dall'appropriatezza degli interventi, dal focus sulle patologie croniche, dall'attuazione di processi di continuità ospedale-territorio, con particolare attenzione alla medicina di iniziativa ed in linea con l'impostazione tracciata dal Decreto Balduzzi (2012), dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal Piano nazionale della Cronicità (2016).

In questi anni il Forum ha offerto spazi di discussione sui diversi PDTA e le reti cliniche integrate, avviando, sulla base di questa esperienza, un progetto che si è concretizzato nella costituzione di un Laboratorio sui PDTA. Il Laboratorio ha realizzato una mappatura e una raccolta delle fonti normative regionali sui PDTA ed un'indagine conoscitiva sulla loro attuazione a livello regionale ed aziendale, grazie al contributo di autorevoli referenze regionali. Ha inoltre condotto una ricerca sulla letteratura scientifica nazionale ed internazionale circa la metodologia di realizzazione dei PDTA, gli indicatori di qualità, di monitoraggio e di valutazione degli esiti.

Nella giornata inaugurale del 29 novembre, al Forum Risk Management sarà presentato il report intitolato *Conoscere i PDTA*,contenente i risultati *in progress* dell'attività del Laboratorio. Il report costituirà la piattaforma per impostare un confronto con tutti gli stakeholders e contribuirà ad individuare i maggiori ostacoli nell'attuazione dei PDTA e le soluzioni per la messa a punto di questo strumento di gestione ottimale delle cure. Punti critici già emersi dalla ricerca sono: la disomogeneità dei processi di innovazione tra le diverse Regioni, la necessità di un maggiore rigore metodologico per migliorare l'efficacia dei PDTA, l'esigenza imprescindibile di una informatizzazione dei servizi sanitari e sociali estesa a tutto il territorio nazionale.

Paolo Zolo
A nome del Comitato Scientifico Forum Risk Management

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

27-NOV-2016
da pag. 41
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Nell'ospedale dei topi si combattono i tumori

Harvard, un italiano scrive la mappa della malattia

Il medico umanista

Dagli studi di Filosofia alla cattedra di Medicina e alla direzione del Cancer Center di Harvard che ha 3mila ricercatori

La meta possibile

La logica e il metodo per trovare la cura le abbiamo È questione di potenza di calcolo e fondi

di MARCO GIRELLA

L'UOMO che ci aiuterà a sconfiggere il cancro è un signore romano che lavora ad Harvard. Per la verità Pier Paolo Pandolfi, classe 1963, aveva iniziato l'università frequentando Filosofia. Poi per fortuna (nostra) ha deciso che non voleva solo scrivere di filosofia della scienza ma anche fare scienza. E ha imboccato la strada della medicina e della ricerca. Al quinto anno raggiunse Pier Giuseppe Pelicci a Perugia. Scoprirono i geni responsabili della leucemia promielocitica, al tempo incurabile, parecchi anni prima della mappatura del genoma umano.

Come, esattamente?

«Capimmo cosa avveniva nel punto in cui il cromosoma si rompe e dà origine alla malattia».

Arrivò in fretta anche la cura?

«No. Prima andai a Londra per studiare il funzionamento di questi geni. Siccome nel topo era possibile inattivare i geni coinvolti nella leucemia promielocitica acuta e studiarne il funzionamento, mi sono innamorato di questo tipo di approccio».

Le è servito negli States?

«Sì, con questo approccio abbiamo ottimizzato la terapia per la promielocitica. Le terapie che funzionavano nel topo si sono poi rivelate efficaci anche nell'uomo. Così ad Harvard abbiamo creato l'ospedale del topo, il Mospital, acronimo di mouse, topo, e hospital, ospedale. Abbiamo capito che potevamo ingegnerizzare i topi, ricreando la complessità del tumore umano».

Obiezione da profano: gli animali sono diversi dagli uomini.

«Sì, ma siccome il cancro non è una patologia sola ma ha decine di varianti, anche all'interno della stessa tipologia, potevamo indurre nei topi tante modifiche genetiche quante sono quelle dei tumori e sperimentare su di loro l'efficacia dei farmaci».

Funziona?

«Be', abbiamo più farmaci di quanti ne riusciamo a testare. Il collo di bottiglia è la sperimentazione sull'uomo».

Quindi usate i topi.

«I topi ingegnerizzati del Mospital ci permettono di accelerare i tempi. Se lavorassimo solo sugli uomini, per i test di duecento farmaci già esistenti impiegheremmo una trentina d'anni. Con i topi ne bastano due, tre. E quando passiamo agli uomini abbiamo già molti elementi di ragionevole certezza».

Tempi più brevi, maggiori speranze per i malati. Si sentirebbe di affermare che la vittoria è vicina?

«Direi semplicemente che nell'oncologia non c'è mai stato un momento più positivo di questo».

Sarà la genetica a trovare la risposta?

«Non solo. Abbiamo fatto grandi progressi nella comprensione del meccanismo con cui il cancro inganna il sistema immunitario. Il tumore, infatti, secerne recettori che lo nascondono. Ora abbiamo farmaci che smascherano il tumore e permettono al sistema immunitario di attaccarlo, e ancora una volta li possiamo testare nei topolini».

Con buoni risultati?

«Impressionanti, perché il sistema immunitario ha una potenza di fuoco notevole. È più aggressivo di qualsiasi farmaco e allo stesso tempo meno tossico, ma dobbiamo capire meglio come innescarlo senza pericolo».

È così difficile battere la malattia nonostante le forze in campo?

«Non è una malattia ma centinaia. Un tumore diagnosticato tardi diventa tante patologie diverse dentro la stessa persona. A quel punto un farmaco solo non basta. Vogliamo arrivare a fare diagnosi sempre più precoci attraverso marcatori del sangue, perché a quel punto il tumore è semplice e la cura è semplice.».

Il suo ottimismo fa piacere.

«Il cancro lo sconfiggeremo perché la logica e la tecnologia necessaria le abbiamo già. Naturalmente dipende anche dai fondi a disposizione per cercare tutte le risposte».

Il suo ottimismo fa piacere.

«Il cancro lo sconfiggeremo perché la logica necessaria l'abbiamo già. Naturalmente dipende anche dai fondi a disposizione per cercare tutte le risposte».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

27-NOV-2016
da pag. 41
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Il profilo

Una carriera segnata dal talento quella di Pier Paolo Pandolfi, romano classe 1963. Dopo tre anni di Filosofia si iscrive a Medicina a Roma, ma l'ultimo anno si laurea a Perugia, entrando nel team di Pier Giuseppe Pelicci. Poi si sposta a Londra e successivamente, nel 1994 al Cancer Center dello Sloan Kettering di New York. Oltre a lavorare nella ricerca insegna Biologia molecolare e Genetica alla prestigiosa Cornell University. Nel 2007 passa all'Harvard Medical School dove ottiene una cattedra a vita per Medicina e Patologia. Dirige uno dei tre Cancer Center dell'università, che impiega circa 5mila persone tra ricercatori, tecnici e infermieri. Dagli anni Novanta in poi ha ricevuto numerosi premi per i risultati della sua attività di ricerca.

La rivoluzione nei laboratori

Dentro la genetica i segreti delle malattie

ANCHE la genetica sta vivendo la sua rivoluzione. Che potrebbe portare grandi risultati contro le patologie più gravi come il cancro e le malattie degenerative.

«Solo pochi anni fa – spiega il professor Pandolfi – abbiamo capito che finora, nonostante la mappatura, abbiamo studiato una piccola frazione del genoma umano. Abbiamo mappato solo i geni, all'interno del DNA, che danno istruzioni all'RNA per costruire una proteina. In termini scientifici si dice che questi geni codificano per una proteina. Pensavamo che i geni importanti fossero quelli. Poi ci siamo accorti che molti RNA non fanno il loro mestiere fino in fondo. Hanno una funzione ma non è quella di fare la proteina. Così abbiamo capito che ci sono anche geni che codificano solo per l'RNA. In questo modo le unità geniche da mappare sono passate da 22mila circa a centomila.

Quando fu annunciata la conclusione della mappatura del genoma constatammo che l'uomo aveva lo stesso numero di geni di una pianta, che è un organismo più semplice. E non capivamo come mai. Eravamo davanti al paradosso che un pomodoro risultava più complesso di un uomo perché ha il doppio di geni che codificano proteine. Negli ultimi anni abbiamo scoperto che in realtà noi abbiamo molti più geni, che però non codificano per le proteine ma solo per l'RNA e sono geni funzionali anche nel cancro. È come se avessimo trovato l'enciclopedia della vita e avessimo letto solo il primo volume. Ci sono altri venti volumi da leggere e capire. Ci aiuterà a curare le malattie più gravi. In fondo è una questione di potenza di calcolo, cioè di capacità di sequenziare tutti i geni e capire cosa fanno».

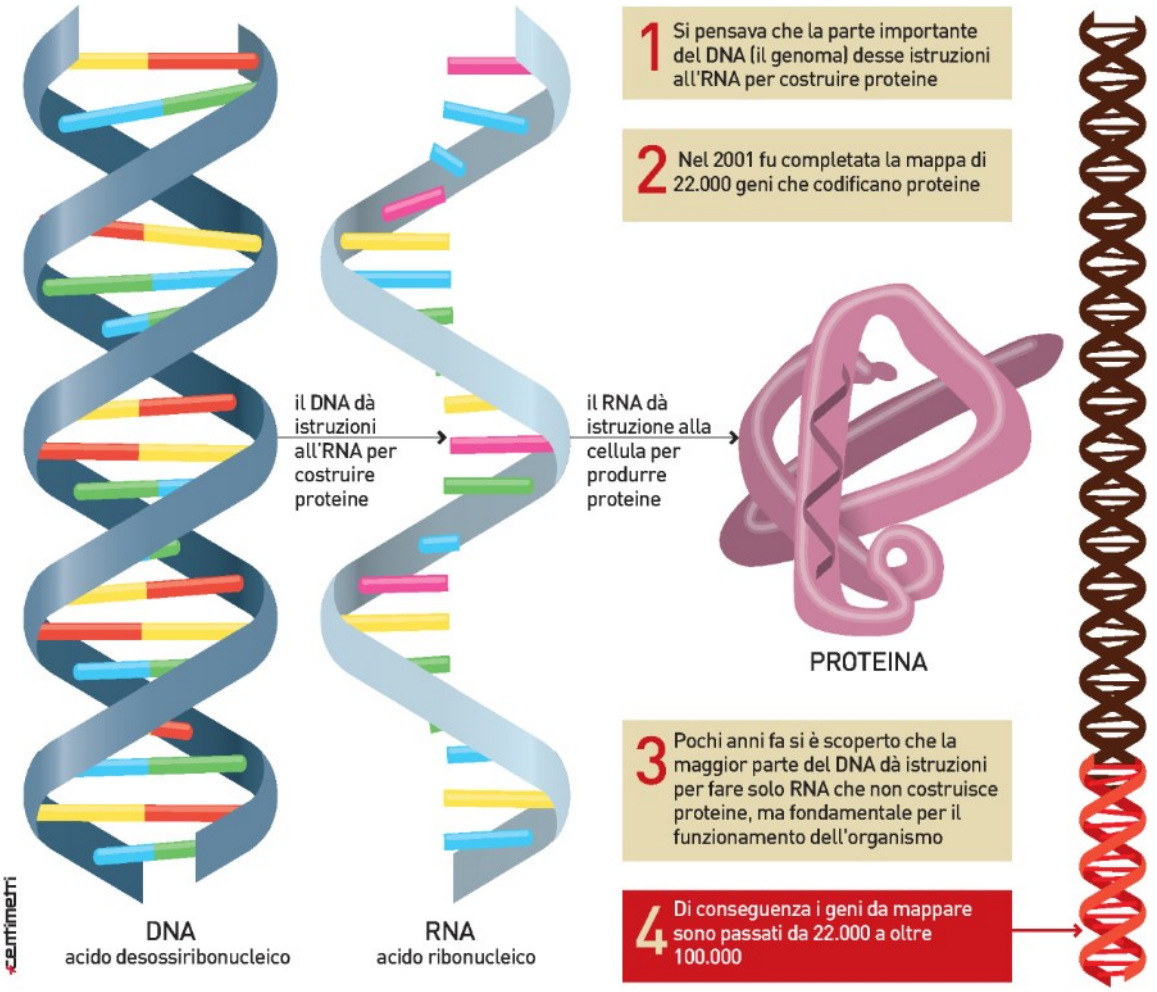
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

27-NOV-2016
da pag. 41
foglio 3 / 3
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2016
da pag. 53
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

eHealth

Gli anziani sperano nella sanità digitale (più dei giovani)

App e sanità integrata «speranza» degli anziani

In aumento sia l'utilizzo delle nuove tecnologie sia l'attesa, soprattutto fra gli over 55, di un salto di qualità nell'assistenza grazie alla digital care

di **Ruggiero Corcella**

Gli ostacoli
Burocrazia, costo e politiche del sistema sanitario sono gli scogli più difficili da superare

Sorpresa (o forse no): nell'Italia del declino demografico — meno nascite e inesorabile invecchiamento della popolazione — sono proprio gli anziani a nutrire maggiore fiducia nel progresso del sistema sanitario in chiave digitale. L'86 per cento degli over 55 , contro il 76 per cento degli under 55 riconosce che un sistema sanitario integrato porterà a una più elevata qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta.

Lo racconta «Future Health Study 2016», una ricerca di Philips sui nuovi pazienti digitali e la sanità integrata che ha voluto tastare il polso a un campione significativo della popolazione (2.209 italiani, tra i 18 e gli 80 anni). L'obiettivo era di analizzare il grado di consapevolezza del proprio stato di salute e il livello di preparazione alla grande sfida della "Connected Care", con attenzione alle differenze tra le varie generazioni, tra i sessi e le classi di reddito.

Ebbene, se in generale siamo attenti al nostro stato di salute e consapevoli delle nostre condizioni, dimostriamo anche curiosità e disponibilità ad utilizzare tutto ciò di innovativo che facilita l'accesso alle cure sanitarie. Usiamo molto spesso Internet per la ricerca di informazioni di carattere medico. Ma il «fai da te» tutto sommato ci confonde, non ci fa preoccupare meno per la nostra salute e alla fine per trovare le vere risposte ci rivolgiamo sempre (per fortuna) al Sistema sanitario nazionale.

Che Internet sia diventato un nostro interlocutore abituale, lo confermano i risultati di un'indagine di Medipragma — presentata in occasione della seconda edizione di S@lute 2016, il Forum dell'Innovazione per la Salute — su quanto e come la popolazione italiana si informa circa la salute e la sanità, nell'era della digitalizzazione: l'81 per cento degli intervistati ha infatti dichiarato di ricercare sul web informazioni.

Sempre l'indagine Medipragma ci dice che tra le fonti di informazione consultate, al primo posto ci sono i social network, in seconda posizione i portali di informazione specializzati, a seguire i siti istituzionali e Wikipedia . Agli ultimi posti, blog, siti dell'industria farmaceutica e siti di associazioni di pazienti. Un ulteriore dato, sui cui soprattutto la sanità pubblica dovrebbe riflettere, è che l'88 per cento degli italiani intervistati afferma di non essere sufficientemente informato circa le prestazioni sanitarie cui ha diritto. La possibilità di interagire online con professionisti e operatori della sanità ci aiuterà forse a ridurre questa percezione, come rileva «Future Health Study 2016».

Nel frattempo, sostiene l'indagine,continuiamo a nutrire una forte aspettativa nei confronti delle nuove tecnologie soprattutto per i vantaggi che potrebbero derivare nella diagnosi precoce, nel trattamento terapeutico e nei servizi di assistenza domiciliare grazie a dispositivi di monitoraggio connessi. E la sicurezza dei dati condivisi? Sembra non desti in noi italiani particolari timori. Ma questo, bisogna sottolinearlo, va anche letto come un campanello d'allarme, considerati i continui richiami del Garante della privacy sui rischi della diffusione — e anche del furto — di dati sensibili (quelli sanitari, lo sono per eccellenza) sul web.

Per quanto riguarda i dispositivi di monitoraggio, ne possediamo almeno uno (lo dice il 45 per cento del campione analizzato) e questo tipo di sistemi aumenterà certamente negli anni a venire con i "nativi digitali". Non solo. Il nostro livello di comprensione degli strumenti connessi è molto buono — almeno per il 30 per cento degli intervistati — specialmente tra le persone con reddito più elevato e di età compresa tra i 35 e i 54 anni. Anche se, come tutte le indagini sulla eHealth dimostrano, al momento utilizziamo più i dispositivi per monitorare l'attività sportiva e il fitness che quelli relativi alle patologie.

La ricerca, in ogni caso, fa emergere che abbiamo ancora il buon senso di riconoscere ai medici il ruolo di principali responsabili dell'interpretazione delle informazioni raccolte, sia pure con un atteggiamento attivo da parte nostra.

Insomma, da un punto di vista teorico, siamo pronti alla rivoluzione della sanità integrata. E abbastanza realisti e disincantati da confessare che la strada è tuttavia irta di ostacoli "antichi": burocrazia, costo e politiche del sistema sanitario. Ce la faremo? Le classifiche internazionali non depongono a nostro favore. «Nel confronto internazionale, il sistema sanitario italiano si colloca agli ultimi posti in Europa» sentenzia il

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2016
da pag. 53
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

recente Rapporto «Meridiano Sanità», elaborato da The European House-Ambrosetti.

Il Meridiano Sanità Index , giunto alla terza edizione, mostra come il nostro Paese sia in sensibile ritardo rispetto alla media europea sul fronte dell'efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria e sul fronte della capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute. Sul fronte della qualità dell'offerta sanitaria siamo invece in linea con l'Europa, mentre su quello dello stato di salute mostriamo (ancora) performance migliori della media europea.

Gli analisti annoverano proprio la diffusione degli strumenti di sanità digitale e della sperimentazione di soluzioni di telemedicina fra le proposte per ridurre i fattori di rischio modificabili e gestire le patologie croniche ad alto impatto sul sistema sanitario nazionale.

Ma, avvertono, «a fronte di tutte queste sfide, che minacciano la sostenibilità del sistema sanitario, l'intero sistema di welfare e la capacità di crescita economica, occorre investire di più in sanità». A partire dalla prevenzione.

Ruggiero Corcella

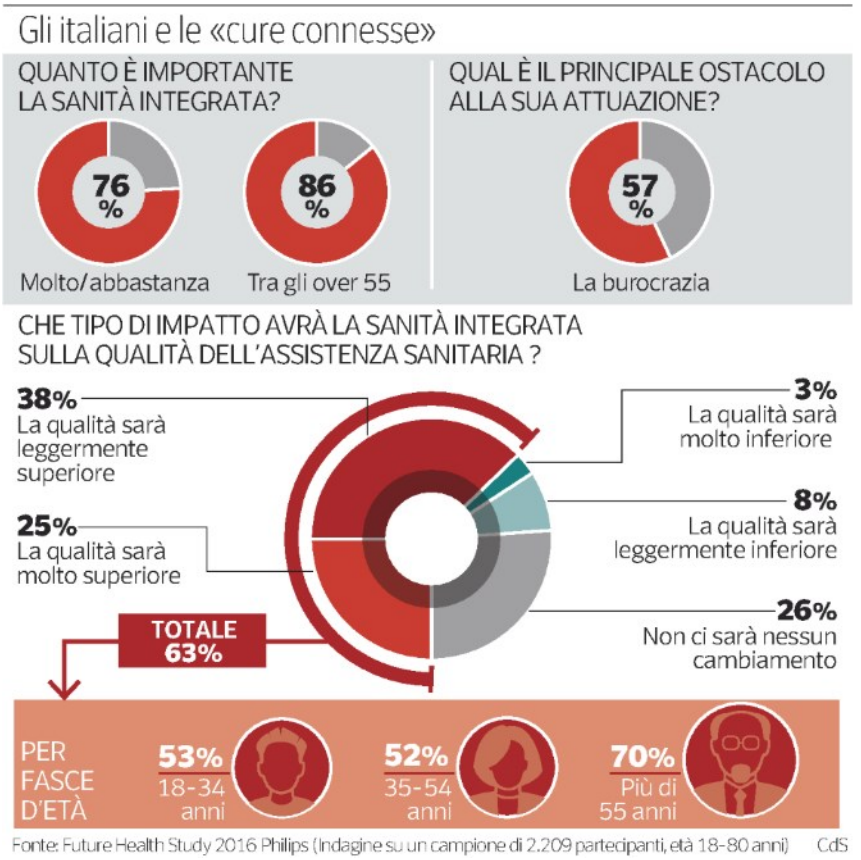
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il progetto

Hi tech «empatico» in aiuto di chi è colpito da Sla

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) colpisce i motoneuroni portando a una paralisi quasi totale (quando il controllo dei movimenti oculari è mantenuto) o totale (nella quale nemmeno i movimenti oculari possono essere effettuati). L'Istituto Italiano di Tecnologia e la Fondazione Sanità e Ricerca, con il sostegno di Fondazione Roma, stanno portando avanti il progetto TEEP-SLA (Tecnologie Empatiche ed Espressive per Persone con SLA) per dare ai malati la possibilità di «comunicare» con l'esterno attraverso l'aiuto dell'intelligenza artificiale e della robotica. L'Istituto e la Fondazione stanno sviluppando un'interfaccia per adattare il tempo di selezione dei classici rilevatori di movimenti oculari per la videoscrittura alla volontà del malato di selezionare la lettera sulla quale il suo sguardo si posa, così da rendere più fluido il processo di interazione e minore il numero di errori effettuati.

R.Co.



Fonte: Future Health Study 2016 Philips (Indagine su un campione di 2.209 partecipanti, età 18-80 anni) CdS

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2016
da pag. 53
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Classifica

18°

Posto
È il gradino occupato dall'Italia nella classifica sull'utilizzo della sanità digitale nei 28 Stati della Ue, messa a punto da I-Com, l'Istituto per la competitività. L'Italia è alla pari con la Lituania, con un punteggio del 70% in meno rispetto alla prima classificata, la Danimarca. Quattro gli indicatori scelti per l'indagine: pazienti che cercano online informazioni sulla salute; pazienti che prenotano visite mediche su Internet; medici che inviano elettronicamente prescrizioni ai farmacisti; medici che usano il web per condividere dati sanitari.

Veneto

Esami e visite si prenotano direttamente dal medico di base

Si va dal medico e, comodamente seduti, si prenotano assieme a lui gli esami o le visite necessarie, in ospedale o sul territorio: funziona così «Oltre il CUP», un progetto della Regione Veneto coordinato da Arsenàl.IT e realizzato nell'Azienda ULSS 1 di Belluno nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico. Grazie ad alcuni medici volontari, dal 2015 è stato avviato un progetto pilota che permette loro di verificare online la disponibilità di date dell'azienda sanitaria o ospedaliera di riferimento, nel momento in cui compilano la ricetta con i dati relativi al tipo di visita o esame da prescrivere. In base alle alternative offerte, il medico può selezionare l'appuntamento più adatto, stampare il promemoria e consegnarlo al paziente, che potrà recarsi direttamente nel luogo prescelto. Nel caso in cui l'assistito abbia bisogno di altre date, può scegliere di essere contattato per telefono successivamente. Entro il 2017, il progetto (uno di quelli che hanno vinto il Premio nazionale Innovazione S@lute 2016) dovrebbe essere esteso a tutto il Veneto.

R.Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-NOV-2016
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

POST-CONSULTA

Riforma Madia, tre decreti da rifare: partecipate, dirigenti e «fannulloni»

Gianni Trovati ▸ pagina 5

Riforma Pa, tre decreti da rifare

Dopo lo stop della Consulta inevitabile correggere partecipate, «fannulloni» e dirigenti sanitari

Tempo scaduto

Non sarà più possibile invece intervenire su dirigenza pubblica e servizi pubblici locali

Padoan

«La bocciatura della Consulta segnale chiaro che il rapporto Stato-Regioni va semplificato»

LE IMPRESE

Il presidente di Confindustria Boccia: «Si ritrovi un'intesa con le Regioni e non si smonti la riforma Madia, il Paese va modernizzato a tutto campo»

Gianni Trovati

ROMA

La sentenza con cui giovedì la Consulta ha "corretto" la riforma Madia, imponendo l'«intesa» con le autonomie invece del «parere» nei capitoli che intrecciano le competenze locali, non si limita a far cadere i decreti su dirigenza pubblica e servizi pubblici locali, per i quali oggi scadono (invano) i termini della delega. La pronuncia dei giudici delle leggi, in punta di diritto, mantiene in vigore i provvedimenti dall'iter contestato ma già completato, ma li espone al rischio concretissimo di ricorsi fino a quando non saranno rinforzati dai decreti correttivi (per adottarli, il governo ha 12 mesi di tempo dopo la scadenza delle deleghe) che dovranno appunto ottenere l'intesa delle autonomie: in gioco ci sono prima di tutto le norme anti-assenteismo, con la sospensione in 48 ore e il licenziamento in 30 giorni per chi è colto a timbrare l'entrata per poi allontanarsi dall'ufficio, la riforma delle partecipate chiamata a ridurre «da 8mila a mille» le società pubbliche e le nuove regole per la scelta dei dirigenti sanitari.

Il percorso, in realtà, è ancora da definire, visto anche il carattere innovativo della pronuncia costituzionale, ma sembra prendere corpo l'idea che si possa intervenire solo sui decreti, evitando di tornare in parlamento a correggere la legge "madre". L'esigenza di portare avanti la riforma è stata rilanciata anche ieri sera dal ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan, intervistato dal Tg2 . La bocciatura della Consulta, ha ribadito Padoan «è un segnale molto chiaro che il rapporto Stato-Regioni deve essere reso più semplice ed efficiente. È quello che sta scritto nella riforma costituzionale». Esultema è intervenuto anche il presidente di Confindustria Vincenzo Boccia augurandosi «che si ritrovi un'intesa con le regioni e non si smonti la riforma Madia perché il Paese va modernizzato a tutto campo».

In questo quadro, però, al momento non c'è più spazio per la riforma dei servizi locali, che conteneva tra l'altro il ricchissimo capitolo dedicato alle gare e agli incentivi anti-evasione nel trasporto pubblico, e per quella della dirigenza, osteggiata fin dall'inizio dagli attuali vertici amministrativi. Ma anche gli altri decreti colpiti dalla sentenza sono destinati almeno per ora a un'esistenza incerta, soggetta ai ricorsi regionali che sono più che probabili alla luce della "vittoria" spuntata dal Veneto giovedì in Consulta.

In ordine di popolarità, il primo provvedimento a rischiare è l'antipasto della riforma del pubblico impiego approvato in via definitiva a metà giugno, e in vigore dal 13 luglio, che prevede sospensione immediata e licenziamento "sprint" per i dipendenti pubblici che vengono colti in flagrante a timbrare il cartellino senza poi andare in ufficio. La nuova regola era destinata ad avere effetti crescenti nel tempo, perché naturalmente non può essere applicata ai casi di assenteismo avvenuti prima della sua entrata in vigore, ma ora i diretti interessati avranno un'arma in più per difendersi. Sarà sufficiente che il tribunale chiami in causa la Consulta, passaggio praticamente scontato vista la "macchia" sull'iter del decreto, per condurre il provvedimento verso lo stop.

Simile la situazione per il decreto sulle partecipate, in vigore dal 23 settembre scorso. Anche in questo caso, per riportare la riforma su un terreno sicuro servirà il decreto correttivo, che dovrà tornare in Conferenza unificata per ottenere l'«intesa» invece del «parere» ricevuto a metà aprile. Nel nuovo passaggio è probabile che le autonomie locali, forti del maggior potere di interdizione offerto dall'esigen-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-NOV-2016
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

za dell'accordo, tornino a chiedere di rivedere al ribasso i criteri che individuano le partecipate da dismettere, a partire dal fatturato minimo da un milione di euro, che nel parere regioni e sindaci avevano chiesto senza successo di abbassare a 500mila euro. Nel frattempo il decreto, anche se azzoppato, resta in vigore, insieme ai termini che impone a governo, enti proprietari e società: il primo, in realtà, entro il 23 ottobre avrebbe dovuto scrivere il decreto con i nuovi tetti per i compensi dei manager, ma il termine è passato senza produrre effetto. Entro fine anno, invece, le società controllate dalla Pa devono adeguare i loro statuti alle previsioni della riforma, in particolare su amministratore unico, cda e deleghe, mentre gli enti proprietari hanno tempo fino al 23 marzo 2017 per scrivere i piani di razionalizzazione. Per quella data, se il cammino della riforma proseguirà, dovrebbero però aver visto la luce i correttivi.

Il terzo intervento in bilico è quello sulla dirigenza sanitaria, nonostante la serrata trattativa che ne ha accompagnato il cammino e che ha portato a «concordare» gli emendamenti con le amministrazioni locali, come si legge nel parere rilasciato il 3 marzo dalla Conferenza unificata. Oltre che lo strumento, cioè appunto il parere invece dell'intesa, secondo la Corte costituzionale era sbagliata anche la sede, perché il decreto sarebbe dovuto passare dalla Conferenza Stato-Regioni e non dall'Unificata (dove siedono anche Comuni, Città metropolitane e Province). Commentando a caldo la sentenza della Consulta il governatore del Veneto Luca Zaia ha parlato di «colpo al centralismo sanitario», a riprova del fatto che anche su quel provvedimento i ricorsi sono più di un rischio.

L'obbligo di intesa, infine, viene fissato anche per la riforma del pubblico impiego: in questo caso però i termini per il primo via libera scadono a febbraio prossimo, e c'è il tempo di percorrere l'iter giusto.

gianni.trovati@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli effetti della sentenza sull'attuazione

Decaduto · Serve il decreto correttivo · Nessun effetto · Ancora da adottare

I decreti sulla dirigenza e sui servizi pubblici locali ormai decaduti definitivamente visto che proprio oggi scade la delega. Altri tre a rischio fino a quando non saranno adottati i «correttivi» necessari, mentre per altri dieci non ci saranno conseguenze. Ecco come cambia la mappa dell'attuazione dei venti Dlgs previsti dalla legge Madia dopo la sentenza della Consulta

DIRIGENZA

La riforma della dirigenza pubblica prevede incarichi a tempo di 4 anni rinnovabili per altri due e istituisce i ruoli unici di Pa centrale, Regioni ed enti locali dove si entrerà attraverso concorsi o corsi-concorsi

SERVIZI LOCALI

Il decreto con il testo unico sui servizi pubblici locali di interesse economico generale prevede modalità competitive per l'affidamento della gestione, costi standard e livelli dimensionali almeno provinciali degli ambiti di erogazione dei servizi

ASSENTEISTI

Il decreto anti-assenteismo è in vigore dal 13 luglio. In caso di flagranza (timbratura del cartellino e uscita dall'ufficio) scatta una sospensione in 48 ore e il licenziamento in 30 giorni

PARTECIPATE

Il testo unico delle partecipate, operativo dal 23 settembre, punta al taglio delle società esistenti e fissa i criteri qualitativi e quantitativi per razionalizzare a regime la platea delle aziende

DIRIGENTI ASL

Si interviene su reclutamento e revoca dei direttori sanitari. Istituito presso il ministero della Salute un elenco nazionale di chi ha i requisiti per la nomina di Dg delle Asl. In vigore dal 18 settembre

FOIA

Il decreto delegato che introduce il Freedom of Information Act (Foia) è entrato in vigore il 23 giugno: un cittadino potrà accedere a dati e documenti della Pa anche senza interesse diretto

CONFERENZA SERVIZI

Dal 28 luglio Conferenza di servizi con la partecipazione di un solo rappresentante per livello di Governo, 60 giorni di durata (5 mesi in caso di ricorsi), meccanismo del silenzio-assenso e riunioni via mail

SCIA

Semplificata la segnalazione certificata di inizio attività. Con la nuova Scia (in vigore dal 28 luglio) tempi di risposta in trenta giorni, meccanismo del silenzio-assenso e domanda telematica su modulo unico

PA DIGITALE

Il decreto sulla "cittadinanza digitale" fissa il traguardo al 31 dicembre 2017. Quando sarà a regime il meccanismo dell'«identità digitale unica» per tutte le comunicazioni digitali con la Pa

FORZE DI POLIZIA

Ridotti da 5 a 4 a i corpi di polizia. Accorpata ai Carabinieri la Forestale. Il decreto (in vigore dal 13 settembre) punta a evitare le sovrapposizioni di competenze fra i corpi di polizia

PORTI

Istituite 15 Autorità di sistema portuale (AdSP) che raggruppano i maggiori porti italiani. Riordino con revisione della governance di funzionamento e misure di semplificazione

CORTE DEI CONTI

Il decreto contiene il nuovo codice di giustizia contabile. Ridefinisce e semplifica la disciplina processuale davanti alla Corte dei conti, compresi i giudizi pensionistici, di conto e su istanza di parte

SCIA 2

Il cuore della seconda puntata del riordino e semplificazione della Scia è l'elenco dettagliato di tutte le attività soggette ad assenso pubblico in materia di: commercio, edilizia privata, ambiente

CAMERE COMMERCIO

Le 105 Camere di commercio devono diventare 60, alleggerire il numero di consiglieri e imboccare un piano di riduzione dei costi, in linea con il taglio del 40% rispetto al 2014 (50% dal 2017) dei diritti a carico delle imprese

ENTI DI RICERCA

Il decreto ha come effetto quello di permettere assunzioni più facili negli enti di ricerca. Ma introduce anche semplificazioni su acquisti e missioni. Contratti a termine senza obbligo di valutazione della Corte dei conti

PUBBLICO IMPIEGO

Il testo unico del pubblico impiego punta anche al rafforzamento dei criteri di valutazione e premio delle professionalità. Anche qui ci vorrà l'«intesa». Per il primo via libera c'è tempo fino a febbraio

CONCILIAZIONE

Nella delega anche la necessità di attuare misure organizzative per conciliare i tempi di vita e di lavoro con forme di telelavoro, da adottare per il 10% dei dipendenti pubblici entro un triennio

AVVOCATURA

Prevista una nuova governance per l'avvocatura dello Stato. Tra le altre norme la delega prevede l'introduzione di un vincolo per i vice-avvocati generali: incarico con tetto di 4 anni

PCM E MINISTERI

La legge Madia di riforma della Pa prevede anche deleghe per la riorganizzazione della presidenza del Consiglio e dei ministeri. A Palazzo Chigi ci sarà un'unità per l'analisi delle politiche

ACI-PRA

Per tagliare i costi di gestione dei dati su proprietà e circolazione dei veicoli, le funzioni degli uffici del Pubblico registro automobilistico saranno trasferite al ministero dei Trasporti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2016
da pag. 15
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Il colloquio Madia e la sentenza della Consulta

«Statali, senza riforma aumenti più difficili»

di **Enrico Marro**

Le prime vittime della bocciatura della riforma della pubblica amministrazione da parte della Consulta potrebbero essere gli aumenti ai dipendenti. «Bisogna capire come posso impegnarmi, se prima non raggiungo l'intesa con tutte le Regioni», spiega il ministro Marianna Madia.

a pagina 15

L'INTERVISTA GLI STATALI

Madia: nuovi contratti a rischio dopo la sentenza sulla riforma

La ministra della Funzione pubblica: l'aumento di 85 euro? Va verificato con le Regioni

Dirigenti
Le misure approvate dal governo su dirigenza e servizi pubblici locali finiranno nel cestino

Potere di veto
Non ho fatto errori, la Consulta ha cambiato la giurisprudenza. Ma così vince il potere di veto

ROMA Ministro, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'incostituzionalità di 5 articoli della legge delega di riforma della pubblica amministrazione del 2015, perché prevede che i relativi decreti attuativi siano emanati con il semplice parere non vincolante delle Regioni anziché con un'intesa formale con le stesse. Ma non lo sapevate che col Titolo V della Costituzione, che prescrive la legislazione concorrente fra Stato e Regioni su molte materie, era meglio fare l'intesa?

«Assolutamente no – risponde il ministro della Funzione pubblica, Marianna Madia -. Rispettiamo le sentenze, ma la Corte ne ha fatta una evolutiva, cioè ha cambiato orientamento. Quando abbiamo scritto la delega la giurisprudenza era un'altra: prevedeva il coinvolgimento delle Regioni a valle. Non a monte, con l'obbligo di intesa con le Regioni prima del varo dei decreti attuativi. Tanto più che l'intesa formale richiede l'unanimità e quindi basta che una Regione non sia d'accordo e la riforma non si può attuare».

Ma il governatore della Toscana, Enrico Rossi (Pd), che pure è favorevole alla riforma, dice che le Regioni vi avevano avvertito del rischio incostituzionalità. Perché non ne avete tenuto conto?

«Dobbiamo essere chiari: quando è stata scritta la delega non c'era alcun rischio di incostituzionalità. E abbiamo avuto sempre pareri favorevoli dalla Conferenza Unificata dove sono presenti le Regioni e nel varo dei decreti attuativi abbiamo comunque tenuto conto delle osservazioni contenute negli stessi pareri».

C'è chi dice che ora si bloccherà anche il rinnovo dei contratti pubblici. È così?

«La situazione si é complicata perché la sentenza arriva nel mezzo di una trattativa con i sindacati. Ho convocato i segretari di Cgil, Cisl e Uil per mercoledì al fine di verificare le condizioni per arrivare a un accordo per sbloccare i contratti. È prevista una parte economica, gli aumenti medi di circa 85 euro, e una parte normativa per modificare alcuni istituti, come la valutazione o il salario accessorio. Abbiamo la possibilità di inserire queste modifiche nel testo unico sul pubblico impiego, la cui scadenza è fissata per febbraio. Ma ora, dopo la sentenza, bisogna capire come posso impegnarmi sulla parte normativa, se prima non raggiungo l'intesa con tutte le Regioni. E verificare, come di-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2016
da pag. 15
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

re, se il governatore del Veneto Zaia è d'accordo. Perché se non lo fosse, si bloccherebbe tutto»

Allora mercoledì niente incontro con Camusso, Furlan e Barbagallo?

«Li sentirò al telefono e decideremo. A questo punto dobbiamo capire quanto la sentenza incida sul complesso dell'eventuale intesa».

Non si possono dare gli 85 euro e fare poi la riforma normativa?

«Le due parti sono inevitabilmente connesse».

Che ne sarà della riforma della pubblica amministrazione, dopo la sentenza?

«Il problema è limitato a 5 dei 18 decreti legislativi finora approvati. Tre di questi sono già in vigore. Riguardano la riduzione delle partecipate, la licenziabilità dei "furbetti del cartellino" e l'istituzione di un elenco nazionale dei direttori sanitari: 200 persone che gestiscono 113 miliardi di spesa ogni anno. Su questi tre decreti andrò, come chiede la sentenza, nella conferenza Stato-Regioni per avere un'intesa e poi, se Zaia non si metterà ancora di traverso, presenterò decreti correttivi e le riforme andranno avanti. Gli altri due, dirigenza e servizi pubblici locali, erano stati approvati giovedì in consiglio dei ministri, ma dopo la sentenza, non li abbiamo mandati al Quirinale e non vedranno la luce».

Mezza riforma nel cestino dopo due anni di lavoro.

«Assolutamente no mezza riforma, ma erano certo decreti importanti. Prevedere più concorrenza nei servizi pubblici locali, a cominciare dai trasporti, e che dirigenti non meritevoli non restino al loro posto avrebbe portato grandi vantaggi ai cittadini e alle stesse autonomie locali. Il paradosso di questa vicenda è che, anche se sono tutti d'accordo su un intervento - governo, Parlamento, 8mila comuni, il Consiglio di Stato, 19 Regioni su 20 - basta il no di una sola Regione per mandare a picco tutto il lavoro fatto. Ma così non vincono le autonomie locali bensì il potere di veto».

Ci sarà bisogno di modificare anche la legge delega?

«No. La sentenza dice che l'incostituzionalità si può sanare con l'intesa sui decreti».

Ministro, la sentenza della Consulta è del 9 novembre, ma è stata resa nota venerdì. Possibile che il governo non sapesse della bocciatura?

«Non sapevamo assolutamente nulla».

Come si sente dopo questa sconfitta?

«Ancora più impegnata sulle ragioni del sì al referendum costituzionale. Referendum che non solo modifica il Titolo V, eliminando la legislazione concorrente tra Stato e Regioni e quindi questo tipo di contenziosi, ma cambia anche il procedimento legislativo. Nel nuovo Senato, infatti, le autonomie locali potranno intervenire sulle leggi di loro interesse ma senza bloccare il potere decisionale della Camera».

Se vincesse il sì sarebbe meglio per la sua riforma o in ogni caso bisognerebbe ricominciare da capo?

«Anche se su dirigenza e servizi pubblici locali bisognerebbe comunque ricominciare da capo, non ci sarebbe più il rischio che una Regione possa bloccare tutto».

Zaia, parla di «sentenza storica» che ha sconfitto la pretesa che i direttori della Asl fossero scelti sulla base di indicazioni nazionali.

«Innanzitutto il decreto legislativo di cui parla Zaia ha ricevuto il parere favorevole della Conferenza unificata e noi abbiamo recepito le osservazioni fatte. La riforma, ripeto, prevede che i 200 direttori sanitari che sottolineo gestiscono 113 miliardi debbano avere requisiti di assoluta professionalità e siano scelti dal presidente della Regione all'interno di un elenco nazionale trasparente. Mi sembrano norme assolutamente ragionevoli».

Ministro, pensa di aver fatto qualche errore?

«No, né tecnicamente né politicamente. Penso sia un valore incidere sulla riduzione delle partecipate, sui criteri di nomina dei direttori sanitari, sulle sanzioni per chi truffa lo Stato e continua a mantenere il posto. Ma noi andiamo avanti con tranquillità e determinazione. Per questo sarà importante che passi il referendum, anche per superare le tante resistenze al cambiamento».

Se il 4 dicembre vincerà il no, che cosa accadrà?

«Che restiamo fermi e che, per esempio, una sola Regione potrà ancora bloccare l'innovazione di un Paese intero».

Enrico Marro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2016
da pag. 15
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Le tappe

1 Il testo

La Riforma della Pa prevede una generale riorganizzazione e semplificazione dei servizi pubblici e della macchina dello Stato. Fino a oggi approvati 18 decreti attuativi: da norme contro i «furbetti del cartellino» al taglio delle partecipate

2 Il ricorso del Veneto

Nel 2015 la Regione Veneto, guidata da Luca Zaia, presenta ricorso alla Consulta sulla legge delega n.124 che non rispetta il titolo V della Costituzione: la delega prevede che sui decreti attuativi del governo le Regioni diano un parere non vincolante

3 La Consulta

La Corte Costituzionale ha bocciato la legge delega negli articoli su lavoro nella Pa, società partecipate, riforma della dirigenza e servizi pubblici locali. Su queste materie il governo deve trovare «una intesa vera con le Regioni»

Chi è

● Marianna Madia, 36 anni *(foto)*, è ministra senza portafoglio per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 38.227
Diffusione 09/2016: 24.337
Lettori Ed. II 2016: 373.000
Quotidiano - Ed. Calabria - Sicilia

Gazzetta del Sud

Dir. Resp.: Alessandro Notarstefano

27-NOV-2016
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

Al "Di Cristina". Il ministro Beatrice Lorenzin con il manager Giovanni Migliore

Il ministro Lorenzin a Palermo

Sanità, la nuova rete ospedaliera è pronta

Ulteriore "tentativo": «Massima collaborazione con il governo regionale»

Vincenzo Lombardo
PALERMO

La nuova rete ospedaliera siciliana sarebbe pronta per essere trasmessa al ministero della Salute. E ci sarebbe «la massima collaborazione tra il Ministero e il governo regionale». Parole del ministro Beatrice Lorenzin, ieri a Palermo per inaugurare la nuova area integrata di chirurgia pediatrica del "Di Cristina" e per partecipare a una manifestazione referendaria per il "Sì". «Il nostro obiettivo – ha detto il Ministro Lorenzin – è che la Regione faccia una rete che risponda al fabbisogno della Sicilia, che dia servizi di qualità e di eccellenza e che riesca non solo a coprire il territorio regionale ma anche a garantire degli hub di primo livello». Non si conoscono ancora i dettagli della nuova rete ospedaliera, che in una prima stesura era stata al centro di non poche polemiche. Polemiche che avevano spinto l'assessore Gucciardi a parlare di "bozza" e a costruire un percorso condiviso e di audit con i manager e tutti gli attori coinvolti.

Intanto, ieri, la presentazione del rinnovato reparto di chirurgia pediatrica del Di Cristina, col ministro Lorenzin a fianco del manager Giovanni Migliore. L'apertura del nuovo reparto conclude i lavori di ristrutturazione che rientrano nel cosiddetto primo stralcio di progetto, per un totale di 22 milioni di euro, ripresi nel luglio del 2014 dopo una lunga interruzione. Ventuno i posti letto e due le sale operatorie dedicate. Migliore ha presentato il neo primario, la dottoressa Gloria Pelizzo, che coordinerà uno staff di dieci medici. Arriva dal San Matteo di Pavia con un curriculum di tutto rispetto.

Prossimo obiettivo per Migliore sarà l'Ismep (IstitutoMediterraneo di Eccellenza Pediatrica). Un ospedale multi-presidio basato sulla riconversione dell'attuale ospedale pediatrico dotato di 170 posti letto e sul costruendo nuovo "Children's Hospital" di Palermo, che a regime verranno integrati in un unico percorso di cura, con un incremento di ulteriori 100 posti letto e aree assistenziali complementari.

Inaugurata l'ampia area di Chirurgia pediatrica del "Di Cristina"

La Lorenzin ha continuato a parlare di organizzazione sanitaria nell'incontro per dire "Sì" alla riforma costituzionale: «L'Italia deve essere ad un unica velocità anche nel diritto della vita e della salute. Non possono esistere 21 diverse sanità. Con il "Sì" le competenze in materia sanitaria tornano alla Stato che potrà uniformare le linee generali per i piani diagnostici terapeutici in tutta Italia».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media