



RASSEGNA STAMPA 17-10-2018

1. IL GAZZETTINO Sorveglianza attiva nella prostata
2. IL GAZZETTINO Tumore seno e prostata: in calo dosaggio della chemio
3. HEALTH DESK Non basta bloccare la crescita del tumore. Una nuova sfida per i farmaci anti-cancro
4. IL MESSAGGERO Un invito a lui: "E ora mettiti sotto controllo"
5. QUOTIDIANO SANITÀ Manovra: spesa sanitaria al 6,5% Pil nel 2019
6. LA REPUBBLICA Resta il superticket e per le liste d'attesa arrivano 150 milioni
7. IL MESSAGGERO «Medicina, addio al numero chiuso» poi il governo frena
8. CORRIERE DELLA SERA «Stop al test di medicina» il governo poi smentisce ma scoppia il caso politico
9. QUOTIDIANO SANITÀ Specializzazioni mediche. FNOMCEO a Conte: "Serve riflessione condivisa, situazione è esplosiva"
10. LA STAMPA.IT influenza, ogni famiglia spende circa 250 euro per le cure
11. ANSA Smog: 266mila morti nel 2015 per esposizione a lungo termine
12. QUOTIDIANO SANITÀ L'hip-Hop porta i giovani a fumare? I medici lanciano l'allarme
13. LA STAMPA Bene l'Italia dei ricercatori ma sulla formazione è indietro
14. DOCTOR 33 Al via congresso chirurgia. Per la prima volta società scientifiche riunite
15. CORRIERE DELLA SERA Croce Rossa, nel Governo un altro scontro con Tria

La neoplasia più frequente tra gli uomini ha una bassa mortalità grazie all'incrocio tra controlli precoci, (pochi) interventi e cure

Sorveglianza attiva nella prostata



LA PREVENZIONE

Tumori alla prostata, rene e vescica. L'Italia è all'avanguardia per combattere queste neoplasie e in Friuli Venezia Giulia spicca l'ospedale di Gorizia, che ha una lunga storia di eccellenza urologica. Sono circa 1.100 gli uomini residenti in Fvg che ogni anno si ammalano di tumore prostatico, la neoplasia più frequente tra i maschi over 50. Le diagnosi attese in regione, nel 2018, sono pari a 180 in rapporto a 100 mila residenti. Sempre in Fvg oltre il 95% dei cittadini è vivo dopo 5 anni dalla diagnosi, risultato notevole se confrontato con la media nazionale (pari al 91%), frutto dei notevoli progressi nelle terapie più recenti. La neoplasia alla prostata rappresenta ben il 18% (Airtum 2017) di tutti i tumori diagnosticati nel maschio. Si stima che a livello istologico sia presente in circa il 70% degli ultraottantenni. Diffuso è il carcinoma al rene, che rappresenta circa il 2% di tutte le neoplasie: si presenta con una frequenza doppia nel sesso maschile rispetto a quello femminile e le probabilità di svilupparlo cresce con l'avanzare dell'età. Il picco massimo d'insorgenza è intorno ai 60 anni. La neoplasia alla vescica, invece (che rappresenta il 3% di tutti i tumori), colpisce tre volte di più gli uomini rispetto alle donne ed è più comune tra i 60 e i 70 anni.

IL FUMO KILLER PER LA VESCICA

«Una delle principali cause del tumore alla vescica è il fumo -

spiega direttore della Struttura operativa complessa di urologia dell'ospedale di Gorizia, Fabio Vianello - Su 100 pazienti con questo tumore, l'80% sono fumatori ed è per questo che probabilmente colpisce più gli uomini», afferma Vianello. Oggi, con l'aumento delle donne che fumano e con molti uomini che dicono addio alle "bionde", si potrebbe invertire anche l'incidenza, che in futuro potrebbe vedere un maggior numero di casi di tumore alla vescica nel sesso femminile.

Per il tumore al rene non c'è, purtroppo, una prevenzione a differenza di quanto avviene per altre neoplasie come colon retto, mammella e cervice uterina contro cui esiste l'arma dello screening. «Il tumore al rene è silente - spiega l'esperto - non da segni di sé, se non tardivi e molto spesso si arriva alla diagnosi con masse tumorali anche voluminose. Fortunatamente nella maggior parte

dei casi il riscontro è occasionale in corso di ecografie fatte per altre sintomatologie, ma non ci sarebbe alcun vantaggio economico, né sarebbe materialmente possibile, sottoporre tutta la popolazione a un'ecografia addominale periodica. Per quanto riguarda il tumore alla vescica, l'unica prevenzione è non fumare o, nel caso di soggetti che lavorano a contatto con vernici, ammine aromatiche o idrocarburi, adottare tutte le misure di sicurezza necessarie». Diventa dunque fondamentale un corretto stile di vita.

Un esame del sangue di screening, invece, è disponibile per il tumore alla prostata: è la misura-

zione del PSA (Antigene Prostatico Specifico) e da quando, negli anni '90, questo controllo è stato introdotto nella pratica clinica, il numero di diagnosi è aumentato sensibilmente. Ma l'urologo mette in guardia: «Il PSA non è un marcatore tumorale, è solo un indicatore di rischio. Inoltre, gli studi scientifici sullo screening di massa del tumore della prostata non hanno confermato con certezza la sua efficacia. Nonostante tutto quello che si è fatto per questo tumore, che è il più frequente degli ultracinquantenni, la sopravvivenza dei maschi si è allungata, ma non come si sperava».

C'è allora un punto interrogativo su quanto valga la pena intardirsi nella diagnosi del tumore alla prostata. «Le nuove frontiere tecnologiche hanno introdotto nella diagnosi e terapia del tumore della prostata una lunga serie di innovazioni, come la risonanza magnetica multiparametrica e la biopsia fusion, con gli ecografi di ultima generazione per la diagnosi e il Robot per la terapia. Tutto questo - dice Vianello - per esperienza personale maturata nella Clinica Urologica dell'Università di Padova da cui provengo, è molto affascinante, ma anche costoso e i risultati sulla salute li vedremo solo tra tanti anni. Al momento attuale il tumore della prostata è una patologia molto diffusa, ma a bassa mortalità. Statisticamente salviamo al vita o la allungiamo solo a una parte degli uomini che operiamo di prostatectomia radicale, comportando invece a tutti rischi di impotenza e incontinenza. Purtroppo non c'è ancora un

sistema di identificare i beneficiari».

CHIRURGIA

Che non tutti gli uomini affetti dal tumore della prostata debbano essere operati è un argomento al centro dei dibattiti scientifici tant'è che il numero delle prostatectomie radicali sta leggermente diminuendo in tutto il mondo. Questo perché da poco, dopo anni di sperimentazione scientifica nei centri oncologici pilota, è stata introdotta una nuova modalità terapeutica che è la sorveglianza attiva. «Se c'è una diagnosi di un tumore a basso grado di malignità e poco esteso - spiega Vianello - si può non operare ed essere in-

trodotto nel protocollo di sorveglianza attiva. Il programma prevede la misurazione del PSA a scadenze ravvicinate e la ripetizione della biopsia dopo un anno e poi ogni 3 anni e se non ci sono segni di peggioramento del tumore non si interviene chirurgicamente. La Sorveglianza attiva è utilizzata anche in Italia. Le affascinanti innovazioni tecnologiche prima esposte di cui sono dotate o si stanno dotando molte Urologie del Triveneto e tra queste quella di Gorizia, devono contribuire alla selezione dei pazienti che maggiormente hanno benefici ad essere operati nel migliore modo possibile».

Lisa Zancaner

IL NUMERO DELLE PROSTATECTOMIE RADICALI STA LEGGERMENTE DIMINUENDO IN TUTTO IL MONDO

IL PSA NON È UN MARCATORE TUMORALE, È SOLO UN INDICATORE DI RISCHIO. E ALCUNI STUDI NON NE HANNO CONFERMATO L'EFFICACIA



Tumore seno e prostata: in calo dosaggio della chemio

LA TERAPIA

I trattamenti contro il cancro non stanno solo diventando più efficaci, ma anche più «umani». Perché meno tossici e con minori effetti collaterali. E' in questa direzione che stanno andando le ultime ricerche che propongono piani terapeutici che non prevedono farmaci chemioterapici. Come i due studi presentati al meeting dell'American Society of Clinical Oncology di Chicago sul cancro al seno e sul tumore alla prostata.

L'ORMONE

Il primo è un maxi-studio americano che ha coinvolto 10.273 donne con il tipo più comune di tumore al seno, cioè con recettori ormonali positivi, Her2 negativo, e con linfonodi ascellari negativi. I ricercatori hanno sviluppato un test che si chiama «Tailorx» che, sulla base dell'analisi dell'espressione di 21 geni, può discriminare tra le pazienti che hanno bisogno della chemioterapia e quelle che invece non ne trarrebbero alcun beneficio. I risultati hanno dimostrato che la chemioterapia dopo l'intervento chirurgico potrebbe essere evitabile a ben

7 donne su dieci colpite da questa forma comune di cancro al seno. Un altro studio propone una terapia «chemio-free» per i pazienti con tumore alla prostata metastatico già al momento della diagnosi. Condotta su 1.200 uomini, lo studio «Latitude» ha dimostrato che l'aggiunta della molecola abiraterone, farmaco orale, al trattamento ormonale standard è efficace nel mantenere stabile la malattia, e quindi allungare la sopravvivenza.

Val. Arc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

QUALITÀ DI VITA

Non basta bloccare la crescita del tumore. Una nuova sfida per i farmaci anti-cancro

La sopravvivenza libera da progressione è un indicatore chiave per valutare l'efficacia. Ma basta?



La capacità di congelare il tumore non si traduce sempre in un beneficio in termini di miglioramento della qualità di vita né di sopravvivenza globale. Forse è il momento di prendere in considerazione altri modi per valutare l'efficacia di un trattamento

Il tumore è sempre lì ma smette di crescere.

In linguaggio medico si chiama sopravvivenza libera da progressione della malattia ed è un indice di successo delle cure: i farmaci che nelle sperimentazioni cliniche ottengono questo risultato vengono considerati una preziosa risorsa per i pazienti. Ora però uno studio condotto da ricercatori della McMaster University di Hamilton, in Canada, e [pubblicato su *Jama Internal Medicine*](#) mette tutto in discussione.

O comunque invita a guardare le cose da un'altra prospettiva: «Siamo sicuri che

bloccare la crescita del tumore si traduca in un miglioramento della qualità di vita per il paziente? E che sia proprio questo l'indicatore più corretto per misurare il valore di un farmaco?».

«In passato, quando veniva sviluppato un farmaco, il parametro da valutare era la sopravvivenza globale, che corrisponde a quanto tempo il paziente vive», ha spiegato alla Reuters il coordinatore dello studio Feng Xie, professore di Economia Sanitaria alla McMaster. «Ora molti farmaci vengono approvati sulla base del beneficio in termini di sopravvivenza libera da progressione». O, comunque, questo indicatore è considerato molto importante nel processo di valutazione.

Le ragioni per cui ciò avviene sono diverse. Di certo la capacità di "congelare" il cancro è un indice chiarissimo dell'effetto biologico del farmaco: un farmaco che non funziona non potrebbe bloccare la progressione della malattia. Inoltre, è un indicatore oggettivo, misurabile e verificabile con i comuni esami di controllo che esegue il paziente. In più, sostengono i ricercatori, l'uso della sopravvivenza libera da progressione all'interno dei trial clinici consente di ottenere risultati più velocemente in una sperimentazione.

Il problema, però è che «non è chiaro se rallentare la progressione della malattia porti a un miglioramento della qualità di vita e se ciò si traduca o meno in beneficio in termini di sopravvivenza globale», sostengono i ricercatori.

Per questo, il team di scienziati canadesi ha selezionato 38 sperimentazioni cliniche che coinvolgevano 14mila pazienti affetti da 12 tipi diversi di cancro. Questi studi, oltre a valutare la sopravvivenza libera da progressione, riportavano la qualità di vita dei pazienti (definita con l'indicatore HRQoL, vale a dire "qualità di vita correlata alla salute"). «Nei pazienti con cancro ci sono due cose importanti da tenere in considerazione quando si valuta una terapia», ha detto Xie. «Se questa sia in grado di aumentare la sopravvivenza e se è in grado di migliorare la qualità di vita, anche se non aumenta la sopravvivenza».

Ebbene, dai risultati delle sperimentazioni analizzate non è emersa alcuna significativa associazione tra la sopravvivenza libera da progressione e la qualità di vita dei pazienti.

«Non siamo riusciti a trovare un'associazione significativa tra sopravvivenza libera da progressione e HrQoL negli studi clinici sul cancro», scrivono i ricercatori nelle conclusioni. «Questi risultati sollevano domande riguardo all'assunzione che gli interventi che prolungano la sopravvivenza libera da progressione migliorino anche la qualità di vita in pazienti con cancro».

Attenzione, però, avvertono i ricercatori. La critica non mette in discussione l'efficacia dei farmaci approvati (anche) sulla base della capacità di aumentare la progressione libera da malattia; nè a questo indicatore in sè.

Indica invece la necessità di tener conto, nel processo di valutazione di un medicinale contro il cancro, di altre variabili che contano nella vita dei pazienti. In definitiva, della capacità della cura di mantenere un'accettabile qualità di vita.

I problema, tuttavia, è che una definizione di buona qualità di vita è tutt'altro che semplice: «Qualcuno potrebbe valutarla in base alla riduzione del dolore, qualcun altro in base alla capacità di interagire socialmente o di poter ingoiare o di potersi alzare dal letto. Altri ancora potrebbero vederlo nella riduzione della stanchezza», ha detto alla Reuters Robert Ferris, direttore dell'Hillman Cancer Center dello University of Pittsburgh Medical Center.

Rendere oggettivo e standardizzare questo indicatore è una difficoltà non da poco. Ma forse è giunto il momento per la Medicina di affrontare questa sfida.

È appena partita una campagna rivolta agli uomini per prevenire disturbi sessuali e cancro alla prostata. Un'indagine dice che oltre il 27 per cento dei maschi non conosce il proprio corpo e sottovaluta i sintomi

Un invito a lui: «E ora mettiti sotto controllo»

LA PATOLOGIA

A volte un hastag può salvare la vita. È il caso di #Controllati, la campagna della Società italiana di urologia che attraverso il sito www.controllati.it mette a disposizione degli informazioni, consigli e un pool di esperti per fare chiarezza su cosa sia e che funzioni abbia la prostata. Ma anche per aiutare giovani e meno giovani a conoscere il proprio corpo. Nel sito è disponibile un servizio di messaggistica: è possibile porre domande direttamente a uno specialista.

LE FARMACIE

Fino al 30 novembre, tremila farmacie distribuiranno materiale informativo, per informazioni è attivo anche il numero verde 800942042. Queste iniziative, sostenute da Menarini, dovrebbero sopperire ad una generale mancanza di conoscenza da parte degli uomini che continuano ad occuparsi molto poco della propria salute.

«Con l'invecchiamento della popolazione c'è una maggiore incidenza della patologia prostatica benigna, che incide molto sulla

qualità della vita perché ad esempio costringe ad alzarsi diverse volte di notte - spiega Vincenzo Mirone, responsabile della comunicazione della Società italiana di urologia e ordinario all'università Federico II di Napoli -. Inoltre aumentano i tumori della prostata e le disfunzioni erettile, un fenomeno accentuato dal fatto che ora c'è richiesta di sessualità anche nell'anziano».

Per far fronte all'aumento dei casi, secondo gli specialisti, l'urologo dovrebbe diventare come il ginecologo per la donna. Invece una ricerca dell'Associazione europea di urologia condotta su 2.500 uomini di 5 nazioni diverse disegna una realtà

tutta differente. I risultati sono allarmanti: il 54% degli intervistati non solo ignora di avere la prostata, ma pensa che sia un organo femminile, il 27% del campione non è in grado di posizionarla all'interno del corpo e il restante 27% non sa che potrebbe ammalarsi di tumore.

IL SANGUE

«Avere coscienza dei sintomi - spiega Walter Artibani, segretario generale Siu e direttore del Dipartimento di Urologia

dell'Aou di Verona - è il fattore chiave per la diagnosi precoce. Per esempio, un sensibile numero di morti nei tumori maschili si verifica proprio perché la maggior parte degli uomini non affronta precocemente le proprie condizioni di salute». Il 43% degli uomini non si recherebbe dal medico in caso di sangue nelle urine; il 23% aspetterebbe più di un mese prima di chiedere una consulenza per una frequente voglia di urinare; il 28% andrebbe dal medico solo dopo oltre una settimana dalla comparsa di bruciore o dolore alla minzione mentre solo il 17%

ANCHE IN ITALIA SARÀ DISPONIBILE UNO SPECIALE LASER PER ASPORTARE LE NEOPLASIE E LIMITARE LE RECIDIVE

in grado di associare un dolore nella parte inferiore dell'addome a un possibile problema.

In questo mare di notizie negative una speranza arriva da una nuova tecnica di intervento, la "chirurgia focale". Già approvata in 31 Paesi europei, si tratta di

una terapia innovativa e mininvasiva che sfrutta l'azione di un laser non termico e a bassa potenza. La patologia deve essere agli stadi iniziali. Da qui l'importanza della prevenzione.

I TEMPI

Sono vari, secondo gli specialisti, i vantaggi di questo trattamento terapeutico: la riduzione dei tempi di intervento (1 ora e mezza), l'esecuzione in regime ambulatoriale con un minor impatto psico-emotivo per il paziente, l'abbattimento degli effetti collaterali con diminuzione/assenza di dolore post operatorio, rapido recupero della funzionalità prostatica e sessuale. La chirurgia laser sta per arrivare in Italia in alcuni centri specializzati. Oltre all'asportazione immediata del tumore, la metodica è in grado di ridurre in modo significativo il successivo sviluppo di tumor..

«L'intervento robotico, infatti - aggiunge Mirone - è più rapido e

così preciso da ridurre significativamente il rischio di recidive. Grazie alla visione amplificata dell'area interessata, si asporta tutto il tessuto malato in modo molto più puntuale. Le incisioni sono più piccole e discrete, causano quindi minor sanguinamento ed un ridotto dolore post operatorio. Il robot, consente di risparmiare i fasci nervosi, quelli che regolano l'erezione». Un vero e proprio tabù è invece la disfunzione erettile, che in Europa riguarda circa la metà dei maschi dopo i 50 anni, ma di cui il 75% ignora le implicazioni sulla salute e sulla qualità della vita propria e di coppia.

Alessandra Iannello

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Inumeri

3-3,5

milioni di italiani soffrono di disfunzione erettile, la maggior parte chiede aiuto 2 anni dopo i primi segnali.

32

mila i casi di tumore alla prostata che ogni anno vengono diagnosticati in Italia, numeri in crescita.

43%

degli uomini confessa che non si recherebbe dal medico in caso di presenza di tracce di sangue nelle urine.

Il 28% degli uomini sopporta i dolori e non va dal medico



quotidianosanita.it

Martedì 16 OTTOBRE 2018

Manovra. Spesa sanitaria al 6,5% Pil nel 2019. Nuove assunzioni, stabilizzazioni, potenziamento borse di studio e revisione normativa su dirigenza sanitaria. Il documento inviato a Bruxelles

Il Governo ha inviato il Documento programmatico di Bilancio, all'indomani del via libera da parte del Consiglio dei Ministri alla legge di Bilancio, Decreto Fiscale e Decreto semplificazione. Nel testo viene confermato il deficit al 2,4% ,nonostante la bocciatura nei giorni scorsi da parte dell'Upb. Negative le reazioni da Bruxelles. Juncker: "La deviazione italiana è inaccettabile". [IL TESTO](#)

Dopo il via libera di ieri sera da parte del Consiglio dei ministri sulla legge di Bilancio, il Decreto fiscale ed il Decreto semplificazione, l'Italia ha inviato oggi a Bruxelles il Documento programmatico di bilancio. Nel testo viene confermato il deficit al 2,4% ,nonostante la bocciatura nei giorni scorsi da parte dell'Upb.

Per quanto riguarda invece la sanità, si spiega che **la spesa sanitaria in rapporto al Pil si attesta in media sul 6,7% nel quinquennio 2014-2018, e scenderà al 6,5% nel 2019.**

Tra le raccomandazioni specifiche per il Paese vengono poi inserite anche le **politiche per il personale della sanità:**

- 1) completamento dei processi di assunzione e stabilizzazione del personale;
- 2) potenziamento delle borse di studio a favore di giovani medici;
- 3) revisione della normativa in materia di dirigenza sanitaria.

Le reazioni a Brussels sono state da subito negative. "Se accettassimo il derapage previsto dalla manovra rispetto alle regole europee alcuni Paesi ci coprirebbero di ingiurie e invettive con l'accusa di essere troppo flessibili con l'Italia", ha detto il presidente della Commissione Ue **Jean-Claude Juncker** in un incontro con la stampa italiana.

Giovanni Rodriguez

Sanità

Resta il superticket e per le liste d'attesa arrivano 150 milioni

MICHELE BOCCI

Soldi per combattere le liste di attesa. Il ministero della Salute ha ottenuto 50 milioni di euro per ogni anno, dal prossimo al 2021, con i quali finanziare progetti regionali che appunto riducano i tempi di visite ed esami.

Sulle liste di attesa la ministra Giulia Grillo insiste fin dal suo insediamento. Già a giugno ha chiesto a tutte le Regioni una relazione sulla loro attività nell'organizzazione delle agende di ambulatori e ospedali e ha annunciato un nuovo Piano nazionale sul tema, che aggiornerebbe quello in vigore che risale al 2010. I soldi in più verranno dati a chi prepara progetti di miglioramento dell'offerta e in generale di riduzione dei tempi, ancora critici in molte zone del nostro Paese. Vengono richiesti interventi «più mirati e incisivi a garanzia di un accesso appropriato ed

equo da parte dei cittadini». Ma nella manovra è stato inserito anche un passaggio del quale al ministero alla Salute non si sapeva nulla e il cui senso non è chiaro. «Con l'istituzione del Centro Unico di Prenotazione (Cup) digitale nazionale, si potrà monitorare quando effettivamente sono stati presi gli appuntamenti, in modo da evitare possibili episodi fraudolenti di indebito avanzamento nelle liste d'attesa», è stato scritto dalla Presidenza del consiglio. Al ministero non sanno bene di cosa si tratti e se serva ai cittadini oppure ai tecnici che controllano il servizio delle Regioni.

Da una settimana al ministero al numero 1500, dalle 10 alle 16, c'è personale dedicato proprio a rispondere sulle liste di attesa. Fino ad ora sono arrivate in media 110 chiamate ogni giorno. La maggior parte proviene dal Lazio (il 23%), seguono Sicilia,

Campania, Toscana e Lombardia. Le lamentele più diffuse non riguardano, come ci si aspettava, il primo accesso al sistema sanitario ma visite ed esami di controllo per chi è già stato visto da un medico. Si segnalano disservizi prevalentemente da parte dei centri di prenotazione, Cup, cittadini e regionali. Ad oggi quello per le liste di attesa è l'unico stanziamento extra che questa manovra ha riservato alla sanità. La cancellazione del superticket, che avrebbe richiesto 400 milioni, è saltata, così come si è di molto ridimensionata la cifra prevista per i contratti della sanità. Si tratta di 284 milioni ritenuti insufficienti dai medici, che oggi sono in piazza per protestare. Riguardo al fondo sanitario nazionale, dovrebbe conservare l'incremento di un miliardo previsto dal governo Gentiloni e attestarsi sui 114,4 miliardi di euro.



«Medicina, addio al numero chiuso» Poi il governo frena

► Il ministro dell'Istruzione, Bussetti: «Nuove regole, ma serviranno più posti per le specializzazioni»

ROMA «Si abolisce il numero chiuso nelle Facoltà di Medicina e si permette così a tutti di accedere agli studi», afferma il

comunicato del Consiglio dei ministri. Ma arriva la precisazione: «Non ora». Il ministro dell'Istruzione Marco Bussetti: «Il governo vuole aumenta-

re le iscrizioni nelle facoltà e le borse per specializzandi».

Evangelisti, Loiacono e Pucci alle pag. 8 e 9

Il caos sul numero chiuso

«Medicina, abolito il test» L'annuncio del governo poi il dietrofront: non ora

► La notizia dell'eliminazione della prova nel comunicato ufficiale del Cdm Frenano i ministri di Istruzione e Salute. Ma il Carroccio insiste: «Avanti»

IL CASO

ROMA La norma non è stata ancora scritta ma ieri al ministero dell'Istruzione e a quello della Sanità sono saltati dalle sedie nel leggere il comunicato del Cdm che ha dato il via libera alla legge di bilancio. Sono bastate poche righe della nota - «si abolisce il numero chiuso nelle Facoltà di Medicina e si

permette così a tutti di accedere agli studi» - per creare l'ennesimo corto circuito all'interno del governo.

«ERRORE MATERIALE»

Nell'esecutivo si parla di «errore materiale», di una frase «scappata di mano», dell'enunciazione «troppo ottimistica» di un principio sul quale M5s e Lega sono d'accordo, ovvero allargare gradualmente il nume-

ro degli ammessi.

Insomma «nessuna manina politica», piuttosto un deficit di comunicazione che ha causato confusione e determinato critiche da più parti. Quest'anno, tanto per fare un esempio, sono stati 60mila gli aspiranti medici che hanno tentato di en-

**L'OBIETTIVO PER
L'ESECUTIVO È DI**

ARRIVARE ENTRO DUE O TRE ANNI A 15MILA AMMISSIONI CONTRO LE ATTUALI 9.779

trare all'università, ma i posti disponibili sono solo 9.779, meno di uno su sei dunque rispetto ai candidati. L'obiettivo sarebbe quello, si apprende, di arrivare a 15mila in tempi brevi, ovvero due o tre anni.

Per evitare il peggio ci hanno dovuto mettere la faccia i ministri Grillo e Bussetti. Soprattutto il secondo: «Voglio essere sincero - ha prima detto ai giornalisti -, a me non risulta questa cosa. Farò le dovute verifiche ma non mi risulta nulla di simile». E poi intorno a mezzogiorno ha concordato una nota con il responsabile della Sanità: la richiesta comune in Cdm è stata «quella di aumentare sia gli accessi sia i contratti delle borse di studio per Medicina». È un auspicio - recita il comunicato congiunto - «condiviso da tutte le forze di maggioranza che il governo intende onorare. Si tratta chiaramente di un percorso da iniziare già quest'anno per gradi».

«SISTEMA NON MERITOCRATICO»

Dunque una cosa è preparare il terreno, altra è stabilire fin da subito il raggiungimento dell'obiettivo dello stop al nu-

mero chiuso a Medicina. Una vera e propria frenata quindi anche se il ministro Grillo dice che «il criterio per accedere alla facoltà di Medicina non è assolutamente meritocratico», non «seleziona i migliori per quella disciplina, ma semplicemente chi ha più memoria».

Nella Lega si sottolinea come i ministri Salvini e Grillo siano sulla stessa lunghezza d'onda, ma per il responsabile della Sanità «i tempi non sono brevissimi, bisogna approcciare il tema con grande responsabilità».

LA CONVOCAZIONE

Al momento l'unica vera novità è la convocazione di un tavolo da parte del governo «con tutti i soggetti interessati». Ad annunciarla proprio palazzo Chigi che ha corretto il tiro rispetto al comunicato, parlando del «superamento del numero chiuso per l'accesso alla facoltà di medicina» come di «un obiettivo politico di medio periodo» e della necessità di avviare «un confronto tecnico» con i ministeri competenti e la Conferenza dei Rettori delle università italiane che «potrà prevedere un percorso graduale di aumento dei posti disponibili, fino al superamento del numero chiuso».

Ma al di là del cambiamento

di marcia di palazzo Chigi la decisione di inserire il tema nel comunicato sulla legge di bilancio ha creato un terremoto politico. Il Carroccio insiste. Il leghista Tiramani ha presenta-

to una proposta di legge ad hoc. «Io sono da sempre contrario al numero chiuso nelle facoltà scientifiche. C'è bisogno di ingegneri e medici», dice Salvini.

L'OPPOSIZIONE

Mentre Pd e FI sono sulle barricate: «Il governo prende in giro, per pure ragioni elettorali, gli oltre 65 mila ragazzi che ogni anno tentano l'accesso a Medicina», sostiene l'azzurra Gelmini. «Demagogia a costo zero», rincarano i dem. «L'abolizione del numero chiuso per l'accesso alle facoltà di Medicina senza un congruo aumento delle borse di specializzazione rischia di essere un boomerang», sottolineano dall'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani. «Sfornerebbe solo disoccupati», dicono dall'Ordine dei medici. Il principio è che ammettere tutti a Medicina senza aumentare le borse di specializzazione non servirebbe a far crescere il numero degli specialisti pronti ad entrare in ospedale.

Emilio Pucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA



HANNO DETTO

«Il criterio per accedere alla facoltà di Medicina non è meritocratico»

GIULIA GRILLO



«Il governo prende in giro gli oltre 65mila ragazzi che ci provano ogni anno»

MARIASTELLA GELMINI



Primo piano | Università

«Stop al test di Medicina» Il governo poi smentisce ma scoppia il caso politico

Il testo nella nota di Palazzo Chigi. Protesta di medici e studenti

Errore, svista, o «miraggio acciappaclick», come scrive Anao, il sindacato dei medici? È diventato un caso politico e mediatico l'abolizione (poi smentita dal governo) del test per l'accesso a Medicina.

La «bomba» scoppia intorno alle 10 di martedì mattina, quando su alcuni siti di informazione per studenti circola la notizia che il Consiglio dei ministri, finito lunedì in tarda serata, ha abolito la prova di accesso per gli aspiranti dottori. Sembra una «bufala»: anche perché al ministero dell'Istruzione cadono tutti dalle nuvole. E lo stesso ministro Marco Bussetti, appena arrivato a Venezia, ammette: «Non ne so niente».

Ma nel comunicato stampa di Palazzo Chigi, firmato dal sottosegretario Giancarlo Giorgetti e diffuso via mail poco dopo mezzanotte, c'è scritto: «Abolizione del numero chiuso nelle facoltà di Medicina, permettendo così a tutti di poter accedere agli studi». Il come, il quando, il perché, non sono spiegati. E nessuno sembra avere idea di come quella voce sia finita al numero 22 dell'elenco delle «principali innovazioni intro-

dotte» dalla legge di Bilancio.

Scoppia il caos. Il presidente dell'Istituto superiore di sanità Walter Ricciardi parla di «decisione folle». Andrea Lenzi, presidente del Comitato garanti per la ricerca del Miur, lo considera un «dispetto a studenti e cittadini». «Un boomerang», avverte l'Associazione chirurghi ospedalieri. Una misura «sforma-disoccupati», secondo la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo). Ammettere tutti senza aumentare le borse di specializzazione (che quest'anno erano 7 mila, meno dei laureati e dei medici pensionandi) significa metterli in un «limbo». E infatti il tema è questo, l'ampliamento del numero degli ammessi alle facoltà, ma anche alle borse di studio per le specializzazioni. È questa la richiesta che i ministri Bussetti e Giulia Grillo (Salute) avevano portato in Consiglio: «È un auspicio condiviso da tutte le forze di maggioranza che il governo intende onorare», sottolinea nella nota dopo due ore.

Palazzo Chigi invia la rettifi-

ca ufficiale per chiudere l'incidente, mentre si moltiplicano le illusioni su quale sia la causa: «Si tratta di un obiettivo politico di medio periodo», si legge nel comunicato. L'ex ministra Valeria Fedeli commenta: «Inqualificabile». Maria Stella Gelmini (FI) parla di «presa in giro». «Ennesimo spot», per la pd Chiara Grubaud. Tira un sospiro di sollievo l'Unione degli universitari: «Così facendo si rischia solo di mandare in tilt le Università». Passare da meno di 10 mila iscritti (ammessi quest'anno) a 65 mila (che ogni anno tentano il test), significa quadruplicare aule, docenti, risorse. «Decisioni di questa portata non si possono improvvisare», ammette il sottosegretario Salvatore Giuliano. Eppure l'accesso libero è nell'aria. Il vicepremier Matteo Salvini, ribadisce quanto detto a maggio: «Sono contrario al numero chiuso nelle facoltà scientifiche. C'è bisogno di ingegneri e medici». La ministra Grillo aggiunge: «Il criterio per accedere non è meritocratico, dobbiamo incidere su questo». Non subito.

Valentina Santarpia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La storia

● Il numero chiuso nelle facoltà di Medicina è stato introdotto nel 1997 per volontà dell'allora ministro dell'Istruzione Ortensio Zecchino, che lo istituì con un decreto

● Solo nel 1999, dopo vari ricorsi, il numero chiuso per Medicina diventa legge. La Corte Costituzionale, nel 2013, lo ha dichiarato legittimo

67 **Mila** Gli aspiranti medici, quelli che hanno ultimato la pratica di registrazione per sostenere quest'anno il test d'accesso al corso di laurea in Medicina e chirurgia: per l'esattezza 67.009 per 9.779 posti

Le tappe

1 Al momento l'accesso a Medicina prevede un test con 60 domande alle quali bisogna rispondere in cento minuti. Già dal prossimo anno, invece, è previsto un nuovo test. Ma il percorso graduale immaginato dal ministero punta all'abolizione del numero chiuso

2 L'indicazione sull'abolizione del numero chiuso, comparsa al numero 22 del comunicato di Palazzo Chigi con le principali novità dalla legge di Bilancio, è stata subito criticata da rettori, medici e anche studenti, prima della rettifica del governo

Il presidente dei rettori «Idea irrealizzabile, dobbiamo garantire la qualità dei corsi»

«**N**on abbiamo mai discusso con il ministro di abolire il numero chiuso né il test. È una proposta irrealizzabile, noi rettori abbiamo il dovere di dire la verità alle famiglie e agli studenti: le Università italiane sono impegnate per ampliare il numero di studenti a Medicina, ma vogliono garantire il diritto effettivo allo studio. Passare da poco meno di diecimila studenti a 60 mila matricole è irrealistico». Come tutti, ieri mattina il presidente della Conferenza dei rettori italiani Gaetano Manfredi è stato preso di sorpresa, ha contattato il ministero, Palazzo Chigi, alla ricerca di una spiegazione.

Che cosa le hanno detto?

«Non ne sapevano nulla. Ma la questione di



Gaetano Manfredi
54 anni

Medicina va gestita con attenzione. Noi abbiamo chiesto un incontro al più presto con il ministro. Per fare un buon medico ci vogliono un certo numero di ore di lezione, di laboratorio, di esperienza in ospedale. Se non riusciamo a garantire tutto questo, rischiamo addirittura di perdere l'accreditamento europeo: i

medici laureati nei Paesi europei possono lavorare nei diversi Paesi proprio perché c'è una qualità condivisa dei corsi. E infatti in tutti i Paesi ci sono forme di selezione all'ingresso».

Si potrebbe cambiare il test?

«È un'ipotesi. Noi come Atenei abbiamo approvato un ordine del giorno per aumentare il numero degli studenti, fino al 50 per cento in due o tre anni senza altre spese».

Il test al secondo anno può essere una soluzione?

«No, perché poi che cosa fanno gli studenti che non entrano? Hanno perso un anno. Senza contare che l'emergenza sono le borse per le specializzazioni: quelle il governo dovrebbe aumentare, stanziando nuovi fondi».

G. Fre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La deputata Cinque Stelle «Più investimenti per dare a tutti un'opportunità»

«**I**o sono per le pari opportunità per tutti»: è chiara Maria Pallini, la deputata Cinque Stelle che ha già presentato un disegno di legge per abolire lo scoglio del voto di laurea nell'accesso ai concorsi pubblici. E che quindi è per l'abolizione del numero chiuso a Medicina.

Perché?

«Dobbiamo dare a tutti la possibilità di partecipare, non è giusto che ci siano studenti che studiano mesi e mesi, fanno sacrifici, e poi si ritrovano esclusi per un motivo banale».

E come avviene la selezione?

«Io sono per la selezione naturale: durante l'arco degli studi chi è motivato va avanti, gli altri restano indietro o abbandonano».



Maria Pallini
34 anni

Ma come si gestirebbe un esercito di studenti che arriva in massa negli atenei di Medicina?

«Ci potrebbe essere un potenziamento dei professori: ci sono tanti insegnanti che non riescono a trovare occupazione, così avremmo anche più posti di lavoro».

Non teme uno spreco di risorse?

«No, dobbiamo investire, soprattutto negli atenei pubblici. Siamo nel 2020, bisogna coltivare la voglia di studiare dei giovani, c'è tanta gente che vuole apprendere: non bisogna stroncarli per un quiz andato male. Noi siamo il governo del cambiamento, e dobbiamo permettere a tutti di provarci: è il singolo a dover decidere, con la sua passione e la voglia di studiare, se può farcela, non lo Stato».

E come si fa con la disoccupazione? Non ci sono posti per tutti questi medici...

«Questo è quello che si vuol far passare. Come per qualsiasi decreto posto in essere. Non è così, perché l'Italia va avanti, il lavoro c'è. Non per pochi, ma per molti».

Va.Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano **sanità**.it

Martedì 16 OTTOBRE 2018

Specializzazioni mediche. Fnomceo a Conte: "Serve riflessione condivisa, situazione è esplosiva. Quindicimila medici nel limbo"

L'Ordine dei medici chiama direttamente in causa il presidente del Consiglio sul tema delle specializzazioni mediche e del corso di formazione in MG. "Chiediamo con tanta convinzione e insistenza al Governo di ripensare a tutto tondo il percorso formativo del medico, garantendo a chi entra di poter uscire completamente formato".

"Sono più di quindicimila, sono medici a tutti gli effetti, laureati, abilitati, ma sono ancora privi di quelle competenze ultraspecializzate che ne faranno professionisti completi, pronti a entrare nel Servizio sanitario nazionale".

È quanto sottolinea in una nota la **Fnomceo** che evidenzia come "per raggiungere questo traguardo, dopo aver superato il test per l'accesso a Medicina, aver studiato e sostenuto esami per almeno sei anni, aver discusso la tesi di Laurea, espletato il tirocinio, acquisito l'abilitazione, resta un ultimo step: meritarsi, tramite un concorso, un posto in una scuola di specializzazione o al Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale. Ma i contratti di specializzazione sono quasi settemila, poche più di duemila le borse per il Corso per la Medicina Generale. Senza contare che, potendo i candidati partecipare a più concorsi, molte borse e contratti vanno, di fatto "sprecati". E chi non riesce a entrare? Rimane intrappolato, anche per anni, in un limbo formativo fatto di disoccupazione e sottoccupazione, di lavoretti precari e saltuari, magari in nero, nell'attesa del prossimo concorso. Un limbo in cui vagano attualmente quindicimila giovani medici, che è destinato a ingigantirsi a ogni sessione di abilitazione e forse a esplodere se, senza individuare in tempo correttivi efficaci, si decidesse di abolire di punto in bianco il numero chiuso per l'accesso alla facoltà di Medicina".

"Si sente spesso dire che, nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, mancano e mancheranno i medici – spiega il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), **Filippo Anelli** –. È vero, ma si omette un passaggio fondamentale: per entrare nel Servizio Sanitario Nazionale non basta essere medici, occorre completare la Formazione specializzandosi o formandosi specificamente per la medicina generale. Né potrebbe essere altrimenti: per noi la formazione è un unicum, che va dall'accesso alla specializzazione, passando attraverso la laurea. Per questo chiediamo con tanta convinzione e insistenza al Governo di ripensare a tutto tondo il percorso formativo del medico, garantendo a chi entra di poter uscire completamente formato".

"Abbiamo molto apprezzato le parole del presidente del Consiglio **Giuseppe Conte** che, questa mattina, ha precisato di pensare al superamento del numero chiuso a Medicina come a un processo graduale e condiviso, e le dichiarazioni dei Ministri Grillo e Bussetti, che hanno chiesto al Consiglio dei Ministri di aumentare, di pari passo, il numero degli accessi e il numero delle borse di specializzazione" continua.

"È dunque a loro che ci appelliamo: al premier Conte, che ha presentato, insieme al Ministro dell'Economia, in Consiglio dei Ministri la Legge di Bilancio in cui è stata inserita la previsione del superamento del numero chiuso, ai Ministri della Salute e dell'Università – conclude Anelli -. Quello che chiediamo è un cambiamento di sostanza e non di superficie, che permetta ai nostri giovani medici di diventare professionisti di qualità al servizio dei cittadini e che restituisca, in cambio delle loro speranze e sacrifici, non facili e fallaci illusioni, ma un futuro solido e reale per loro e per il nostro SSN".

<https://www.lastampa.it/>

Influenza, ogni famiglia spende circa 250 euro per le cure

I numeri della spesa presentati al XIX Congresso Nazionale di Pneumologia al Lido di Venezia



Ogni anno l'influenza e le sindromi parainfluenzali costano alle famiglie italiane 8,6 miliardi di euro e allo Stato 2,1 miliardi, per un totale di ben 10,7 miliardi. Questo significa che ogni famiglia spenderà di tasca propria 250 euro. Per antitosse, mucolitici, antinfiammatori e aerosol si spendono circa 27 euro l'anno, mentre per il vaccino antinfluenzale appena 2,40 euro. Ma ai farmaci va aggiunto l'assenteismo lavorativo di chi è costretto a letto per più giorni o deve accudire qualcuno.

Il primo studio ad aver valutato le spese delle famiglie è stato presentato in occasione del XIX Congresso Nazionale di Pneumologia, in corso al Lido di Venezia. «Una spesa magari non percepita ma il cui impatto è notevole. Inoltre, si pensa le infezioni respiratorie siano banali. Non è affatto così» ammonisce Stefano Nardini, presidente della Società Italiana di Pneumologia. Nella scorsa stagione influenzale, sono stati 8 milioni e 677mila gli italiani colpiti. Anche i casi di decessi, 160, sono triplicati rispetto all'anno 2016-2017. Secondo il Ministero della Salute l'influenza e la polmonite sono classificate tra le prime 10 principali cause di morte in Italia.

ECCO PERCHÉ VACCINARSI

«I nostri dati mostrano innanzitutto che queste patologie riguardano circa il 60% della popolazione e sono molto frequenti: il 52% fa un episodio all'anno, ma il 44% ne fa da 2 a 3 all'anno, e circa il 4% più di 3: per una media di 1.8 episodi/anno» spiega Roberto Dal Negro, responsabile dello studio condotto su 1200 italiani e apparso su [Respiratory Medicine](#) e del Centro nazionale studi di farmacoeconomia e farmacoepidemiologia respiratoria (CESFAR) di Verona.

I dati dello studio mostrano inoltre che un quarto dei soggetti intervistati afferma che spenderebbe di tasca propria oltre 20 euro per prevenire un episodio di influenza o una sindrome simil-influenzale, anche se, nel caso dell'influenza, la pratica della vaccinazione, pur a basso costo per la famiglia e per il SSN, risulta ancora sottoutilizzata. Di fatto, nonostante il 70% degli intervistati consideri essenziale la vaccinazione, solo il 14% si vaccina ogni anno e circa il 60% non lo ha mai fatto».

ATTENZIONE AGLI ANZIANI

Capitolo a parte, quello degli antibiotici. «Rimangono una terapia prescritta in modo inappropriato» spiega lo pneumologo Stefano Nardini, che aggiunge: «Tuttavia, è comprensibile l'atteggiamento di prudenza e cautela dei medici che decidono di prescriverli alla popolazione anziana. Se ho pochi elementi per perfezionare la diagnosi, infatti, in questi casi è preferibile non correre rischi nell'attesa ed essere tempestivi. La polmonite è una malattia molto seria, anche se troppo spesso sottovalutata». Inoltre, continua lo pneumologo, bisogna ricordare che «il virus apre la porta al batterio, quindi una volta guariti dall'influenza, si è comunque più esposti ad infezioni batteriche».

LA PRATICA SUI TERRITORI

Oltre alla lotta al fumo e alle gravi conseguenze di una mancata cessazione in chi sviluppa una malattia respiratoria, tra i temi più caldi del congresso ci sono le pneumopatie interstiziali per le quali un tempo c'era davvero poco da fare e per le quali ora iniziano a comparire dei farmaci efficaci, e l'endoscopia interventistica, le cui soluzioni diagnostiche e terapeutiche mini invasive hanno sostituito pesanti interventi chirurgici. Infine, l'area intensivistica dove la pneumologia italiana non ha nulla da invidiare agli altri paesi. Su una cosa sta cercando però di recuperare il passo, sulla conoscenza della situazione del paese in relazione ai dati epidemiologici, utili ai clinici e al programmatore politico, e sulla verifica di come vengono applicate da parte dei medici sparsi sul territorio le linee guida della Società italiana di pneumologia. «Senza l'implementazione sono carta straccia» ammette il Presidente Stefano Nardini. «Credo che lavorare "sul territorio" sia una delle priorità della nostra Società».

#

#

#

#

<http://www.ansa.it>

Smog: 266mila morti nel 2015 per esposizione a lungo termine

Il dato riguarda Europa, Usa e Cina



(ANSA) - ROMA, 16 OTT - Sono poco più del numero degli abitanti di una città italiana come Venezia (266.000) le morti premature in Europa, Stati Uniti d'America e Cina, attribuibili nel 2015 all'esposizione a lungo termine all'inquinamento da ozono. E' quanto si legge in un articolo pubblicato su Environmental Research Letters.

"Esiste una forte evidenza epidemiologica e tossicologica che collega l'esposizione all'ozono ambientale a effetti avversi sulla salute - dice Karl Seltzer, della Duke University, autore principale dello studio -. Storicamente, gran parte della ricerca precedente si è concentrata sugli impatti a breve termine". I ricercatori hanno utilizzato i dati del 2015 provenienti da reti di monitoraggio a terra nelle tre aree per stimare l'esposizione a lungo termine all'ozono. Hanno quindi calcolato la mortalità prematura utilizzando due studi di prevenzione del cancro della American Cancer Society.

Martedì 16 OTTOBRE 2018

L'hip-hop porta i giovani a fumare? I medici lanciano l'allarme

Una preoccupante presenza popola i video dei brani di hip-hop più popolari: il fumo. Quello delle sigarette tradizionali, della marijuana e dello svapo, in questo caso con tanto di brand in bella vista. Un messaggio che viene offerto con una frequenza preoccupante ai ragazzi (sono video che fanno anche un miliardo di visualizzazioni su YouTube), peggiorato dal fatto che a fumare è spesso proprio il loro idolo musicale. A lanciare l'allarme uno studio americano che fa appello alla policy anti-fumo di Google.

L'hip-hop fa sempre più tendenza come fenomeno musicale, al punto da aver superato il rock come il genere musicale più diffuso negli Usa lo scorso anno. Ma adesso uno studio pubblicato su [JAMA Internal Medicine](#) lancia un allarme che ha come protagonista proprio questa musica così popolare tra le nuove generazioni.

Facendo una ricerca su YouTube, iTunes, Vimeo, Tidal e i siti internet dei singoli artisti, i ricercatori del Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice e della Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health si sono accorti di un inquietante fenomeno. In almeno la metà dei 769 video di hip-hop pubblicati tra il 2013 e il 2017 e relativi a brani presenti nella Billboard Top 50, sono riprese persone (spesso il protagonista stesso del video) intente a fumare sigarette o marijuana; E parliamo di video che hanno totalizzato oltre 39 miliardi di visualizzazioni.

La percentuale di canzoni e relativi video musicali, contenenti immagini di sigarette o e-cig è passata dal 44% del 2014, al 40% del 2015, al 50% del 2016, al 47% del 2017. Nel 2017, solo l'8% di questi video conteneva immagini di sigarette di marca, ma il cosiddetto *brand placement* delle e-cig nei video hip-hop è passato dal 25% del 2013, all'88% del 2017.

Emblematico, rispetto al fenomeno descritto da questa ricerca, è il video di "I'm The One" di **DJ Khaled**, con **Justin Bieber**, **Quavo**, **Chance The Rapper** e **Lil Wayne**. Qui c'è proprio di tutto: dalle sigarette tradizionali, alle e-cig, ad un bell'esempio di *brand placement* (KandyPen). Questo video ha totalizzato finora 1.120.645.000 visualizzazioni.

"Non ci sono dubbi che gli artisti di hip-hop abbiano contribuito positivamente al cambiamento sociale e a rendere note questioni quali la violenza della polizia contro minoranze etniche – ammette il primo autore dello studio **Kristin Knutzen**, Dartmouth Institute - ma questo tipo di musica (come anche altre, in voga tra i giovani) ritrae spesso persone che fumano, e questo può avere un impatto non indifferente sui giovani, aumentando la possibilità che si avvicinino al fumo".

Insomma, aver eliminato le pubblicità delle sigarette dai media tradizionali, non sembra essere servito a molto se queste immagini vanno a target direttamente sui giovani, per di più veicolate dai loro idoli. Gli autori dello studio, senza mezzi termini, ritengono questo fenomeno una potenziale minaccia alla salute pubblica. Anche perché la prevalenza dell'uso di sigarette di tabacco e marijuana o di e-cig è andato aumentando parallelamente alla popolarità di queste canzoni. Un fenomeno insomma sul quale riflettere.

Anche perché, fanno notare gli autori dello studio, questi video musicali offrono una serie di opportunità, per nulla regolamentate, di pubblicità di prodotti del tabacco, e-cig e marijuana. Potrebbe insomma essere opportuno intervenire con norme di legge col fine ultimo di ridurre l'uso di sigarette e marijuana tra i giovani.

Ma al di là dell'aspetto censorio delle leggi di Stato, sarebbe opportuno, suggeriscono i ricercatori americani, che la stessa industria musicale e i *social* intervenissero per arginare il fenomeno. La pubblicità dei prodotti del tabacco è già espressamente vietata su Google, che è proprietaria di YouTube. Basterebbe essere dunque

coerenti con le *policy* di Google e vietare la pubblicazione su YouTube di video musicali con brand di sigarette o e-cig in bella vista.

Maria Rita Montebelli

IL RAPPORTO DEL WEF

NICOLA LILLO

Bene l'Italia dei ricercatori Ma sulla formazione è indietro

Tra i migliori Paesi al mondo per la qualità della ricerca, ma ancora indietro nella capacità di formare i giovani. Con i distretti industriali tra i più sviluppati, eppure la produttività è ancora troppo bassa. La rete di infrastrutture poi è considerata di buon livello, mentre la qualità delle strade non è accettabile. Quella che emerge dall'ultimo rapporto mondiale sulla competitività del World Economic Forum è un'Italia bifronte, con un numerose eccellenze, ma anche troppi ambiti non al passo con i paesi più industrializzati. È questa la principale sfida a cui deve rispondere il governo Lega-Cinque Stelle, che ha presentato la «manovra del cambiamento», con poche misure concrete però a favore di imprese e lavoro. Il Wef ha analizzato in particolare 140 paesi sul fronte della competitività. E per quel che riguarda l'Italia - al 31° posto come lo scorso anno - emergono segnali contrastanti. Il Paese può vantare ad esempio una grande qualità dei suoi ricercatori (siamo noni) e lo stesso vale per le pubblicazioni scientifiche (settimi). Se abbiamo ottimi ricercatori però siamo ancora indietro per quel che riguarda la formazione (104). Il rapporto sfonda una porta aperta sulle infrastrutture: la connettività è accettabile, siamo al ventiduesimo posto, ma ancora troppo indietro è la qualità delle strade (54). I numeri peggiori sono quelli che riguardano il mercato del lavoro, che resta ingessato. Per la flessibilità siamo agli ultimi posti (135), così come per le politiche attive (97) e la partecipazione delle donne nel mercato (60). Siamo sesti invece per quanto riguarda i diritti dei lavoratori.


 BY-NC-SA


Al via Congresso chirurgia. Per la prima volta società scientifiche riunite

Oltre trenta società scientifiche italiane, la più importante associazione chirurgica al mondo, l'American college of surgeons, più di 3.500 chirurghi da tutta Italia e dall'estero, 1.500 componenti della Faculty, 55 Aziende commerciali partecipanti e un'area espositiva di 5.000 mq, un Auditorium e 15 sale congressuali. Quattrocentocinquanta ore di relazioni, 600 comunicazioni, oltre 300 video che racconteranno lo spettacolo della sala operatoria e della tecnica chirurgica in tutte le sue declinazioni: avanzata, mininvasiva e robotica. Sono alcuni dei numeri del Congresso della chirurgia unita, organizzato dalla Società Italiana di Chirurgia, presieduta dal prof. **Marco Montorsi**, e dall'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, presieduta dal prof. **Pierluigi Marini**, che si tiene a Roma fino al 18 ottobre.

«Questo Congresso è il primo grande passo di un processo inevitabile di fusione di tutto il sapere chirurgico italiano: insieme con una sola identità. In questi giorni a Roma si ritroveranno i principali esponenti della chirurgia italiana sia dal punto di vista scientifico che culturale. Per fare ciò, abbiamo prodotto uno sforzo significativo per livello di aggregazione culturale, per modalità, estensione e qualità delle presentazioni scientifiche, e per l'offerta delle aziende del settore presenti, visto anche il momento di estrema vivacità come quello attuale. Con l'unica grande consapevolezza che uniti si possano vincere le sfide che la società moderna di pone davanti: la chirurgia robotica, arginare la fuga delle eccellenze italiane all'estero, il ricambio generazionale». Lo dichiara il professor **Marco Montorsi**, presidente Sic, a margine della prima giornata di lavoro del Congresso della chirurgia unita a Roma.

«Sic e Acoi - prosegue Montorsi - lavorano fianco a fianco per ripristinare un riallineamento societario. Numerosissimi gli esempi virtuosi di cooperazione tra le due società scientifiche, basti pensare per esempio alla formulazione delle linee guida richieste dalla Legge Gelli. Il nostro impegno comune consiste inoltre nella possibilità di rendere il sistema formativo italiano competitivo rispetto ai modelli europei e internazionali che, potendo assicurare al medico una migliore prospettiva professionale, rischiano di compromettere l'investimento pubblico in formazione, alimentando il flusso in uscita di medici laureato e aggravando la carenza di personale medico in Italia. Uniti potremmo anche raggiungere l'obiettivo principe di una società scientifica: eliminare le disparità regionali, tra i mali più rilevanti del Paese. Insomma, società scientifiche riunite che mettano a fattor comune le rispettive esperienze in un'ottica di costante miglioramento professionale e scientifico».

Polemica sugli stanziamenti**Croce Rossa, nel governo un altro scontro con Tria**

ROMA «Se ne deve andare. Non ha chiarito nulla». I vertici dei 5 Stelle attaccano Roberto Garofoli, capo di gabinetto del ministro Giovanni Tria. La cui poltrona torna a ballare. La vicenda, rivelata ieri dal *Fatto Quotidiano*, riguarda un codicillo con «disposizioni urgenti» a favore della Croce Rossa che sarebbe «spuntato» nella manovra.

Ad accorgersi di questa agguata, sarebbe stato il premier in persona, Giuseppe Conte. Il quale, nel preconsiglio, si sarebbe imbattuto in due commi dell'articolo 23 che spostano in direzione Croce Rossa 84 milioni in tre anni. Un accigliato Conte avrebbe esclamato: «Scusate, cos'è questo?».

Dopo una rapida indagine, i

5 Stelle hanno trovato il colpevole: i tecnici Mef, in particolare Garofoli. Ma Tria non ci sta e lo difende, smentendo «categoricamente» che la norma sulla Croce Rossa Italiana proposta dal Mef per il decreto fiscale, poi stralciata, prevedesse un aumento di risorse per l'ente in liquidazione: «Si trattava di una disposizione di tutela dei lavoratori, senza la quale non è possibile provvedere al pagamento del loro Tfr», spiega il ministro. «La norma proposta, e sollecitata da tempo dallo stesso ministero della Salute e dal Commissario liquidatore — dice il ministro — forniva il chiarimento per sbloccare l'assegnazione di risorse già previste dalla legge. Solo il completamento della ripartizione dei

117 milioni assegnati dalla legge per le esigenze della Croce Rossa italiana. È quindi del tutto privo di fondamento e irrazionale l'attacco rivolto al capo di gabinetto del Mef, Roberto Garofoli, e al Ragioniere Generale dello Stato, Daniele Franco». Sulla stessa linea i sindacati Fp Cgil, Cisl Fp e Uilpa, che smentiscono «manine». Non è il primo attacco contro i tecnici del Tesoro. A metterci la faccia è la deputata Iolanda Di Stasio: «Garofoli, chiarisca subito o si dimetta». Dopo la replica di Tria, i 5 Stelle insistono: «Ora sta al ministro spiegare». Anche perché, al ministero della Salute, fanno sapere di non aver fatto alcuna sollecitazione.

Alessandro Trocino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Magistrato**

Roberto Garofoli, 52 anni, è capo di Gabinetto del ministero dell'Economia e delle finanze

