



## **RASSEGNA STAMPA 07-01-2019**

1. REPUBBLICA.IT Il cancro si potrà trovare con un respiro
2. AGI Dare la 'sveglia' al sistema immunitario per sconfiggere il tumore
3. QUOTIDIANO SANITÀ Il 2019 e la sanità. Oltre alla Legge di Bilancio c'è di più
4. ADN KRONOS Salute: Istat, 70% italiani si sente bene, record a Bolzano
5. REPUBBLICA Ma con il decreto pure chi è in regola avrà più difficoltà a fare esami e visite
6. SOLE 24 ORE Sanità perimetro ampio per i sindaci
7. GIORNO - CARLINO – NAZIONE L'influenza raddoppia Ora i ceppi sono due
8. QUOTIDIANO SANITÀ Influenza. Allarme dell'Ecdc: "Nessun Paese europeo raggiunge il 75% di copertura vaccinale"
9. ADN KRONOS DI sicurezza, medici in campo: "Dobbiamo poter curare tutti"
10. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Sovrappeso e diabete per chi fuma il narghilè
11. IL FATTO QUOTIDIANO Vittime di malasanità costrette a pagare

## Il cancro si potrà trovare con un respiro



*Simile a un etilometro, la nuova apparecchiatura è in sperimentazione in Gran Bretagna su 1500 persone*  
ANTONELLO GUERRERA

LONDRA. Si chiama “breathalyzer”, è simile all’etilometro, ma in questo caso non misura il livello alcolemico del soggetto ma, si spera, può rivelare con un certo anticipo le prime avvisaglie del cancro. È lo strumento dell’azienda britannica Owlstone Medical che potrebbe essere rivoluzionario nella lotta contro i tumori e che viene sperimentato in questi mesi in Inghilterra, all’ospedale Addenbrook di Cambridge. Oltre alla possibilità di scoprire rapidamente le patologie, si tratta di uno meccanismo che potrebbe far risparmiare alla sanità britannica molti milioni, oggi spesi in diversi test.

Il breathalyzer, che al momento viene supervisionato dal Cancer Research UK (CRUK) Cambridge Centre, funziona così: si respira per 10 minuti in questa piccola macchina, che analizza i cosiddetti componenti organici volatili (Cov), cioè particolari composti chimici del nostro respiro e parte del metabolismo: i composti sono formati da molecole che passano per i polmoni e poi esaliamo. Alcuni di questi vengono separati dalla macchina e mandati all’università di Cambridge per le analisi. L’idea di fondo del progetto è che, in caso di patologie tumorali al primo stadio, i Cov risulterebbero alterati e quindi indicherebbero immediatamente la presenza di cancro.

Sono 1.500 le persone chiamate a sperimentare il breathalyzer della Owlstone: persone teoricamente sane mischiate ad altri pazienti cui sono già state diagnosticate patologie tumorali, di varia natura e gravità (dallo stomaco alla prostata, dall’esofago al pancreas). “Si tratta di un esperimento decisivo”, ha dichiarato la professoressa **Rebecca Fitzgerald** del Cancer Research UK (CRUK) Cambridge Centre, “trovare tracce tumorali nel respiro potrebbe essere un passo molto importante nella lotta ai tumori”.



06-01-2019

Lettori  
44.697

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

## **Dare la 'sveglia' al sistema immunitario per sconfiggere il tumore. Secondo uno studio italiano, è possibile**

*La ricerca della Fondazione Nibit analizza gli effetti della combinazione di un farmaco epigenetico e di uno immunoterapico nel trattamento di un melanoma in metastasi*

di [w\\$K^k#0kzGO](#)

Un cocktail di farmaci epigenetici e immunoterapici nella lotta contro il tumore. Ma soprattutto un mix farmacologico in grado di 'risvegliare' il sistema immunitario e metterlo nelle condizioni di riconoscere la malattia, anche quando questa si 'nasconde'. Questo l'obiettivo di una ricerca che si sta portando avanti a Siena nel centro di immunoncologia dell'Azienda ospedaliera universitaria, grazie a uno studio della [Fondazione Nibit](#) (Network italiano per la bioterapia dei tumori), presentato, anche se in fase sperimentale a Chicago al congresso annuale dell'[American association for cancer research](#).

### ***Cos'è l'epigenetica***

La ricerca ha lo scopo di capire gli effetti della combinazione di un farmaco epigenetico e di un farmaco immunoterapico nel trattamento di un melanoma in metastasi. Uno studio completamente italiano e anche supportato dall'associazione italiana per la ricerca sul cancro. "Per capire occorre comprendere cosa è l'epigenetica" - spiega Alessia Covre chimico farmaceutico coordinatore dei laboratori di ricerca preclinica del centro di immunoncologia senese.

"L'epigenetica è una scienza relativamente nuova (che si affianca alla genetica) che provoca cambiamenti a livelli del Dna non imputabili a modificazioni della sequenza dello stesso. Le mutazioni del Dna sono irreversibili mentre quelle dell'epigenetica sono delle modificazioni chimiche dello stesso Dna ma reversibili. Per cui con

l'utilizzo di farmaci epigenetici si è in grado di far regredire il fenomeno che noi osserviamo. Le modificazioni epigenetiche avvengono normalmente nel nostro organismo e sono dinamiche e vengono sfruttate molto dal tumore. E' stato visto recentemente che attraverso queste modificazioni il tumore è in grado di nascondersi dal sistema immunitario".



Il che ovviamente lo rende meno attaccabile ai tentativi tradizionali di cura. Aggiunge Covre. "Faccio un esempio. Il tumore esprime normalmente degli antigeni espressi solo da lui che quindi il sistema immunitario riconosce e li distrugge. E questo capita normalmente. Succede quando il sistema immunitario è molto forte". Ma non accade sempre, perché per diverse ragioni ci sono meccanismi che consentono al tumore di impedire agli antigeni di esprimersi per cui il sistema immunitario non riconosce la malattia.

"Lavorando in questa struttura del policlinico - sottolinea la dottoressa - abbiamo possibilità di avere a disposizione molti pazienti per cui studiamo le caratteristiche del tumore trattandolo con farmaci epigenetici e le eventuali modificazioni. Ma cerchiamo anche di capire quali sono le modificazioni epigenetiche che avvengono nel tumore che non risponde ad un trattamento di immunoterapia. Il nostro focus su tali modificazioni è capire il loro ruolo, soprattutto quando il sistema immunitario non è più in grado di riconoscere il tumore. Su questo tipo di strategia sono dodici anni che sto lavorando. Ciò che abbiamo visto è che trattando le cellule del melanoma - ma lo abbiamo fatto su qualsiasi tipo di tumore, con farmaci epigenetici, si era in grado di far esprimere solo dal tumore e non dai tessuti sani, delle molecole dove il sistema immunitario le riconosce".

### ***Lo studio sui topi***

Con passare del tempo si sono fatti passi avanti passando dallo studio in vitro all'utilizzo dei topi. "Un volta osservate in vitro tutte queste evidenze, in laboratorio, - aggiunge la ricercatrice- abbiamo pensato di utilizzarli. L'idea è stata quella di rendere più aggredibile il tumore dal sistema immunitario provandolo su questi

animali, lavorando per anni in fase preclinica. Abbiamo modificato l'immunogenicità del tumore e tolto il freno al sistema immunitario permettendogli di produrre linfociti (i globuli bianchi che l'organismo utilizza per combattere le malattie ndr).

Abbiamo visto che i topi trattati con questa combinazione avevano una riduzione del volume tumorale significativamente diversa da quelli trattati con i singoli agenti riducendo la crescita tumorale dell'80%. Anni di esperienze in vitro e anni di esperienze in vivo ci hanno fatto decidere di portare queste nostre esperienze in clinica, puntando sullo studio denominato Nibit -M4, il primo sul melanoma in cui i pazienti vengono trattati con il farmaco epigenetico per rendere più visibile il tumore. Abbiamo lavorato su 19 pazienti. I dati sono ancora preliminari e non sono ancora stati pubblicati. Quello che possiamo dire è che la combinazione del farmaco epigenetico di seconda generazione, la guadecitabina con l'anticorpo anti CTLA4 è tollerata". Lo studio continua ovviamente. "Ora stiamo cercando - precisa Covre- di aumentare le risposte del sistema immunitario".

# quotidianosanita.it

06 GENNAIO 2019

## Il 2019 e la sanità. Oltre alla Legge di Bilancio c'è di più. Dai vaccini ai contratti passando per le autonomie. Ecco tutte le sfide del nuovo anno

***Passato lo scoglio della Manovra per il settore quest'anno c'è molta carne al fuoco e l'attesa di vedere i primi risultati del Governo giallo-verde è febbrile. A partire dal nuovo Patto per la Salute che dovrà sciogliere partite delicatissime, come quelle del ticket e della valutazione del fabbisogno di personale. E poi i contratti per il personale, i vaccini, le parafarmacie, le nomine e molto altro ancora. Ecco i principali temi in ballo che attendono la sanità italiana***

Sono passati oltre sei mesi dall'entrata in carica del nuovo Governo e superato lo scoglio della prima Legge di Bilancio ora con il nuovo anno c'è molta attesa per quanto riguarda i primi risultati tangibili.

E il discorso, ovviamente, vale pure per la sanità. L'arrivo di **Giulia Grillo** a Ripa non è stato dei più facili, basta ricordare, il caos scoppiato sui vaccini la scorsa estate (tra circolari ed emendamenti al Milleproroghe), la sempre difficile partita dello spoils system (Aifa, Css e l'abbandono del presidente dell'Iss non senza polemiche), i problemi iniziali con lo staff (sostituiti portavoce e capo di gabinetto).

Un avvio difficile che la Legge di Bilancio non è riuscita a ribaltare con un segno decisamente positivo: sulle risorse, di fatto, al momento abbiamo solo un miliardo in più, quello già stanziato da **Gentiloni** e **Lorenzin**, e il resto è agganciato a un Patto per la Salute complesso e molto articolato; poi qualcosa per le liste d'attesa e le borse di specializzazione per i medici e i mmg e veramente poco altro, senza contare le polemiche sulla deroga per l'iscrizione all'Ordine e quelle sollevate solo pochi giorni fa dai sindacati [sul rischio caos sui contratti dei medici e della dirigenza](#) per un comma passato quasi inosservato della manovra.

Ora, però, magicamente come ogni nuovo inizio d'anno, si ricomincia, o forse sarebbe meglio dire, si attende di tastare con mano la reale portata delle promesse giallo-verdi. Delle misure previste dalla Legge di Bilancio abbiamo già parlato ([vedi articolo](#)), ma a parte questo sul menù per il 2019 c'è di più.

**Vaccini.** Il primo banco di prova sono sempre loro, i vaccini. Il Ddl che introduce l'ossimoro dell'obbligo flessibile giace in commissione Igiene e Sanità da mesi, sono state fatte audizioni ma il lavoro è andato a rilento con pochissime convocazioni per la sua discussione. Ora però è il momento di dare un'accelerata dato che il prossimo 10 marzo scade il termine per presentare la documentazione comprovante l'effettuazione dei vaccini per chi ha usufruito del prolungamento del regime di autocertificazione stabilito dal Milleproroghe. Sul punto, atteso anche il nuovo piano di eradicazione del morbillo affidato al nuovo Nitag.

**Personale.** Altro tema caldo riguarda il personale. In campagna elettorale e nei primi mesi di governo, il Ministro aveva annunciato interventi per i contratti. Così però non è stato, in Legge di Bilancio è arrivata solo qualche briciola per l'indennità di esclusività che ha lasciato insoddisfatti i sindacati della dirigenza medica e sanitaria che, dopo aver scioperato a novembre, hanno infatti indetto altre due giornate di protesta a gennaio. Sullo sfondo poi si apre anche la partita per il rinnovo delle convenzioni per medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali. Aspetto che s'interseca con l'annunciata definizione di nuovi standard per l'assistenza territoriale.

Sempre sul personale è fermo al palo in commissione Affari sociali il Ddl Antiviolenza per contrastare le continue aggressioni ai sanitari. Un provvedimento importante, molto atteso e pubblicizzato dal Governo ma nei fatti rimasto ancora inattuato.

**Farmaci e dispositivi medici.** Molte novità sono attese anche sul settore del farmaco. Oltre alle misure previste in manovra c'è da vedere come saranno realizzate le linee guida sulla nuova governance, presentate prima di

Natale dal Ministero, che hanno scatenato le critiche dell'industria. Un banco di prova per il Governo ma soprattutto per il nuovo Dg Aifa **Luca Li Bassi** che fino ad ora è rimasto nell'ombra.

Sempre sul pharma c'è sul tappeto il rinnovo della convenzione per le farmacie, ormai ferma da un decennio e sempre in tema c'è da vedere come si risolverà la questione delle parafarmacie: era stata annunciata un'indagine conoscitiva e interventi per riordinare il settore, ma ad oggi nulla si è messo in moto. Stesso discorso dicasi per il settore dei dispositivi medici su cui sono attesi interventi, forse anche con la creazione di un'Agenzia ad hoc sul modello Aifa.

**Dg Asl e ospedali.** Altro tema rimasto fermo è quello che riguarda l'aggiornamento delle norme sulle nomine del management di Asl e ospedali. L'argomento era stato una delle bandiere del neonato governo giallo-verde, al punto che l'unico riferimento alla sanità del discorso per la prima fiducia del presidente del Consiglio **Giuseppe Conte**, era stato proprio quello che puntava al definitivo scollamento delle nomine dalla politica. Ad oggi è stato depositato un Ddl alla Camera ma la sua discussione non è mai partita.

**Autonomie.** Sullo sfondo c'è poi la questione caldissima del regionalismo differenziato. Il Ministro della Salute ha da sempre avanzato molti dubbi soprattutto sulla materia sanitaria ma è chiaro che non si potrà continuare a buttare la palla in tribuna.

**Trasparenza in sanità.** Molta attesa c'è anche sul Sunshine Act, ovvero il ddl che punta a introdurre maggiore trasparenza in sanità. Terminato il giro di audizioni il provvedimento è ora in discussione in Affari sociali.

**Formazione.** Altro fronte è quello che riguarda la formazione, tra annunci di riforma dell'attuale sistema post laurea e di possibile cancellazione del numero chiuso a Medicina anche su questo tema l'attesa è febbrile.

**Aifa, Agenas, Iss: novità ai vertici del Ssn.** Così molta curiosità c'è anche per chi saranno i nuovi membri del Consiglio superiore di sanità dopo l'azzeramento avvenuto in autunno. Stesso dicasi per l'Istituto superiore di sanità, che dopo le dimissioni di **Walter Ricciardi** dalla presidenza, è senza guida (Grillo dovrebbe nominare a giorni un commissario traghettatore in attesa di definire un bando pubblico per il nuovo presidente, la cui nomina spetta al presidente del Consiglio sentito il Parlamento). Sempre in tema di nomine è molto probabile che **Antonio Saitta** andrà alla presidenza di Aifa liberando la casella di coordinatore della commissione Salute molto ambita dalle regioni a guida centrodestra. Probabili novità anche per la presidenza di Agenas dopo che **Luca Coletto** è diventato sottosegretario.

**Commissariamenti.** Nel DI Fiscale è stata reintrodotta l'incompatibilità tra la figura di presidente e quella di commissario ad acta per la sanità. Le Regioni si sono opposte alla misura ma il Governo ha tirato dritto. Ora, dopo le nomine dei nuovi commissari in Calabria e Molise, ballano le poltrone del presidente campano **Vincenzo De Luca** e quella del presidente del Lazio, **Nicola Zingaretti**. I tempi per rimuoverli però sono stretti (90 giorni) e c'è attesa per sapere cosa farà Grillo.

**Varie ed eventuali.** Ma non è finita qui, ci sono poi tutta una serie di temi annunciati in questi mesi come il cambiamento dei criteri del riparto del Fondo sanitario, gli Stati generali per il benessere equo e sostenibile, la questione cannabis light (sulla quale al momento pendono in Commissione Affari sociali quattro risoluzioni parlamentari di segno opposto), il nuovo Piano nazionale di prevenzione, l'informatizzazione del Ssn, il riordino di Aifa, Agenas ed Iss e la patata bollente della sanità integrativa.

Insomma, un menù ricco per il 2019, nella speranza che non diventi indigesto.

**Luciano Fassari**

<https://www.adnkronos.com>

## Salute: Istat, 70% italiani si sente bene, record a Bolzano

Roma, 3 gen. (AdnKronos Salute) - Nel 2017 il 69,6% della popolazione residente in Italia ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute, rispondendo 'molto bene' o 'bene' al quesito 'Come va in generale la sua salute?'. Il dato è stabile rispetto all'anno precedente. Lo rivela l'Annuario statistico italiano 2018 dell'Istat. La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione, molto utilizzato anche in ambito internazionale. La percentuale di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute è più elevata tra gli uomini (73,3%) che tra le donne (66,1%). All'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 42,1% tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 26,3% tra gli ultra settantacinquenni. A parità di età emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne: nella fascia di età 55-59 anni il 66,6% degli uomini si considera in buona salute contro il 59,3% delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra la popolazione di 60 anni e più (44,2% contro il 34%). A livello territoriale la quota di persone che si dichiara in buona salute è più elevata nel Nord-Est (71,9%), mentre meno al Sud (68,6%) e nelle Isole (66,7%). Tra le regioni italiane le situazioni migliori rispetto alla media nazionale si rilevano soprattutto nella provincia autonoma di Bolzano (85,4%), nella provincia autonoma di Trento (76,6%) e in Emilia-Romagna (71,6%), mentre quella peggiore si ha in Calabria (62,5%), in Sardegna (64%) e in Basilicata (64,2%)



# Ma con il decreto pure chi è in regola avrà più difficoltà a fare esami e visite

**Molti immigrati, adesso senza documenti, sono già stati respinti dalle Asl. Gli ambulatori dedicati agli stranieri non riescono a far fronte alle numerose richieste**

ALESSANDRA ZINITI, ROMA

**D**esmond è angosciato. Il suo permesso per motivi umanitari è scaduto, per rinnovarlo la questura di Roma gli ha chiesto un contratto di lavoro e lui non ce l'ha. Ma Desmond è disabile, gli è stato riconosciuto il 46 per cento di invalidità, ha bisogno di cure, ma senza permesso non potrà più averne. Per lui, come per gli oltre 100mila immigrati che – oggi con permesso umanitario – si prevede andranno ad ingrossare le fila dell'esercito dei 500mila irregolari l'accesso alla sanità italiana sarà sempre più difficile.

## Gli ambulatori Stp

Impossibile per gli ambulatori dedicati agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio (questo l'acronimo riportato nel tesserino che viene rilasciato all'istante ai migranti che si presentano nelle strutture) far fronte alle esigenze di un numero così rilevante di immigrati irregolari nel quale, giorno dopo giorno, confluiscono anche interi nuclei familiari, che perdono la protezione umanitaria. Per altro non in tutte le province gli ospedali sono dotati di ambulatori Stp e dunque chi sta in luoghi che ne sono sprovvisti, per qualsiasi tipo di cura (tranne le

urgenze che sono ovviamente garantite in qualsiasi pronto soccorso) deve essere in grado di spostarsi nella più vicina località che ne è dotata.

È questa la via "privilegiata" alla sanità italiana riservata agli immigrati di cui ancora ieri ha parlato il ministro Salvini confondendo i piani.

## Il servizio sanitario nazionale

Chi invece, rifugiati, titolari di altro tipo di protezione, richiedenti asilo (e dunque regolarmente presenti sul territorio italiano) ha diritto alle prestazioni del Servizio sanitario italiano non hanno alcun tipo di corsia preferenziale rispetto ai cittadini italiani e, al momento della prenotazione della prestazione, vanno in lista come tutti gli altri.

## I migranti senza residenza

La legge Salvini – sottolinea il Viminale – nulla cambia e nulla toglie agli immigrati e garantisce loro la stessa assistenza sanitaria di cui hanno fin qui goduto. Le nuove norme prevedono infatti che l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale possa essere fatta anche senza esibire il documento di identità e la residenza (che viene adesso negata a richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria). Bastano il domicilio e il permesso di soggiorno o il cedolino che viene rilasciato ai richiedenti asilo in attesa del verdetto della commissione. Questo però solo sulla carta perché in pratica l'accesso ai servizi è una corsa a ostacoli.

## Gli sportelli delle Asl

In pratica quel che già è successo e che sempre più spesso succederà (a meno di una improbabile spinta del governo ad un rimodellamento di tutto il sistema

informatico e ad un aggiornamento degli operatori) è che quando un immigrato regolare ma privo di carta di identità e certificato di residenza si presenta allo sportello di una Asl per richiedere una prestazione, non riesce a farlo semplicemente perché tra le voci previste dai format ci sono appunto l'indicazione della residenza e gli estremi del documento di identità. Sono decine i casi di stranieri respinti agli sportelli delle Asl italiane negli ultimi due mesi, da quando cioè i Comuni non rilasciano più i documenti di identità come previsto dalla legge Salvini, che hanno dovuto rinunciare a prestazioni alle quali pure avevano diritto.

## I "vulnerabili"

È la categoria più numerosa e nella quale stanno già affluendo migliaia di persone in condizioni di vulnerabilità, quelle che hanno avuto rilasciato in passato il permesso umanitario e che ora non se lo vedranno rinnovare se non per gravissime condizioni di salute per le quali non possono ricevere cure nei loro paesi e per i quali comunque è previsto un rinnovo per sei mesi. Per loro, i nuovi irregolari destinati alla strada, teoricamente destinatari di un provvedimento di espulsione che difficilmente sarà eseguito, l'accesso alle cure sarà complicatissimo. È già successo che a bambini, con genitori



irregolari, sia stato negato il pediatra che dovrebbe essere garantito a tutti i minori.

### La denuncia del medico

Lucia Borruso, medico di Msf, inquadra così lo stato dell'arte: «Registriamo già un clima di ostilità nelle strutture sanitarie. Anche persone che hanno diritto non vengono fatte accedere, chi sta agli sportelli spesso non conosce le norme e non sa come applicarle. Chi esce dalle strutture di accoglienza e finisce a vivere in condizioni di marginalità non sa come muoversi. Una donna in gravidanza rischia di arrivare al parto senza poter fare un esame di sangue o un'ecografia. E le vittime di tortura non potranno avere accesso alle cure psichiatriche o alla fisioterapia non prevista dagli ambulatori Stp».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'ESERCITO DEGLI IRREGOLARI

# 500mila

Sono attualmente i migranti irregolari, a questi se ne aggiungeranno altri centomila

# Sanità, perimetro ampio per i sindaci

## CONTROLLI

### In una circolare la guida per gli organi degli enti appartenenti al Ssn

Stefano Mazzocchi

Una guida per i collegi sindacali degli enti appartenenti al Servizio sanitario nazionale. Lo scorso 13 dicembre è stata, infatti, emanata la circolare congiunta ministero dell'Economia-ministero della Salute 35/2018, al cui interno è contenuto un nuovo vademecum, che implementa e completa quanto già pubblicato dal dipartimento della Ragioneria dello Stato con la circolare 20/2017, che si interessava dell'attività dei revisori/collegi sindacali negli enti pubblici.

C'è una stretta connessione fra i due documenti: il primo, seppur più breve, affronta tutte le questioni alle quali è chiamato un revisore nell'espletamento del proprio incarico, mentre il secondo è incentrato esclusivamente sul mondo sanitario pubblico, interpretando e approfondendo alcuni temi già presenti nel primo documento.

Entrando nello specifico, la circolare alterna capitoli (specie nella prima parte) dedicati più in generale al mondo sanitario (anche con un approccio storico-sociologico) a sezioni di natura tecnica, finalizzate ad affrontare alcune questioni che per il collegio sindacale appaiono sempre piuttosto spinose. In questo contesto, fra i paragrafi più interessanti, si segnala quello dedicato alla nomina e all'insediamento dei sindaci (par. 4.2.3), in cui si affrontano le questioni della struttura organizzativa nonché del set documentale indispensabile che dev'essere messo a disposizione del collegio.

Relativamente alla struttura organizzativa, il collegio deve senza indugio e senza ritardi acquisire «l'organigramma, la dotazione organica del personale e qualora presente, il regolamento di amministrazione e contabilità», unitamente all'atto aziendale dell'ente. Nell'ambito del set documentale, la circolare suggerisce di acquisire anche il regolamento delle spese economiche, unitamente alle specifiche dei conti correnti bancari, po-

stali e di tesoreria, oltre agli ultimi bilanci sia di previsione sia consuntivi approvati. Particolare attenzione è dedicata anche all'acquisizione, in fase di insediamento, dei dichiarativi di natura fiscale e alla rilevazione dall'ultimo verbale del collegio uscente delle criticità emerse nel precedente mandato.

È quindi raccomandato che, nell'ultimo verbale redatto dal collegio prima della scadenza del mandato, siano riepilogate le criticità temporanee emerse e non ancora risolte, unitamente alle debolezze strutturali. Questo riepilogo è di grande utilità - come sottolineato nel vademecum - per individuare le modalità più opportune in sede di pianificazione dell'attività. A questo proposito, il collegio dovrà individuare, anche sulla base dell'esperienza e dell'attività svolta dai precedenti collegi, i rischi generici e specifici delle aree più rilevanti e significative degli enti sottoposti al loro controllo, avendo cura di monitorare e aggiornare con una certa continuità l'analisi dei rischi. Questa attività di disamina dovrà risultare non solo dalle carte di lavoro ma anche da apposite annotazioni da rilevare ed evidenziare nei verbali dell'organo di controllo stesso.

Al riguardo, il vademecum suggerisce tra l'altro che il collegio svolga anche un'attività di analisi delle eventuali azioni correttive «intraprese dall'organo amministrativo». Un altro argomento che è stato oggetto di un lungo e puntuale approfondimento concerne l'attività che il collegio deve porre in essere rispetto alla stesura della relazione sul bilancio d'esercizio (paragrafo 6.4.6.).

Preliminarmente il vademecum evidenzia che la relazione rappresenta forse il momento più rilevante da parte dell'organo di controllo, in quanto non solo si forniscono in tale contesto «le valutazioni ed i giudizi sulla regolarità amministrativa-contabile della gestione», ma anche delle «valutazioni in ordine ai risultati conseguiti dal management aziendale» nell'anno cui si riferisce il bilancio stesso. La nota poi elenca in modo minuzioso le evidenze e le valutazioni che il collegio dovrà riassumere all'interno della relazione annuale al bilancio. Da qui si comprende come il perimetro di attività dell'organo sia particolarmente ampio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL VIRUS L'ESPERTO: IL PICCO ARRIVA A FINE MESE

# L'influenza raddoppia Ora i ceppi sono due

■ ROMA

«L'INFLUENZA di quest'anno colpirà circa 5 milioni di persone e il picco è atteso per la fine del mese». Lo afferma Fabrizio Pregliasco (foto), virologo dell'Università degli studi di Milano e direttore sanitario degli Irccs Galeazzi di Milano. «La stagione è ancora nella fase iniziale – spiega –, complici le temperature miti delle festività che hanno fatto spostare in avanti l'inizio dell'epidemia vera e propria. Fino ad ora hanno lavorato alla grande i virus simil influenzali, sollecitati dagli sbalzi termici, ma il clima rigido di questi giorni sta scatenando la vera influenza. Ad oggi sono un milione e mezzo gli italiani colpiti, più di 250mila circa nell'ultima settimana». La curva epidemica è alla terza settimana di crescita, rispetto all'anno passato la crescita è più lenta e l'incidenza dei casi più bassa ma gli esperti potranno regolarsi meglio dopo domani, quando riapriranno le scuole e il virus si diffonderà in

maniera più rapida.

L'ANNO scorso era circolato molto un virus di tipo B, quest'anno invece prevalgono due virus: l'A-H3N2, particolarmente rischioso per gli anziani e l'A-H1N1, diffuso maggiormente al Sud. «Sono virus che mettono a rischio anche i bambini, perché il loro organismo non è mai entrato in contatto con essi e quindi non sono immunizzati». spiega Pregliasco.

QUEST'ANNO, comunque, l'ondata influenzale si presenta più leggera rispetto a quella del 2017-2018 e l'impatto della malattia potrebbe essere ridotto dall'elevato numero di vaccini richiesti, al punto che molte Asl hanno esaurito le scorte. «La stagione passata è stata la peggiore degli ultimi 15 anni – sottolinea il virologo – con 8 milioni e mezzo di persone a letto, 160 casi di morte diretta per polmonite grave, e circa 10mila persone decedute per complicanze a livello cardiaco e respiratorio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sabato 05 GENNAIO 2019

## **Influenza. Allarme dell'Ecdc: “Nessun Paese europeo raggiunge il 75% di copertura vaccinale per le categorie a rischio”. Italia ferma al 50% per gli anziani e al 15% per gli operatori sanitari**

***Un basso tasso di vaccinazione antinfluenzale, ancora una realtà in molti paesi, aumenta il rischio di insorgenza di malattie gravi, ospedalizzazioni e morti premature. “Se non verranno presi provvedimenti per una maggiore diffusione delle vaccinazioni - si legge nel rapporto del Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie -, bisognerà aspettarsi un notevole sovraccarico dei sistemi sanitari, anche durante il corso di questa stagione invernale”. [IL RAPPORTO](#)***

“Nessuno dei paesi membri dell'Unione europea ha raggiunto il target del 75% di copertura vaccinale antinfluenzale nelle fasce più a rischio della popolazione”. E' quanto emerge dall'ultimo rapporto del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC). Un basso tasso di vaccinazione antinfluenzale, ancora una realtà in molti paesi, aumenta il rischio di insorgenza di malattie gravi, ospedalizzazioni e morti premature. “Se non verranno presi provvedimenti per una maggiore diffusione delle vaccinazioni - si legge nel rapporto -, bisognerà aspettarsi un notevole sovraccarico dei sistemi sanitari, anche durante il corso di questa stagione invernale”.

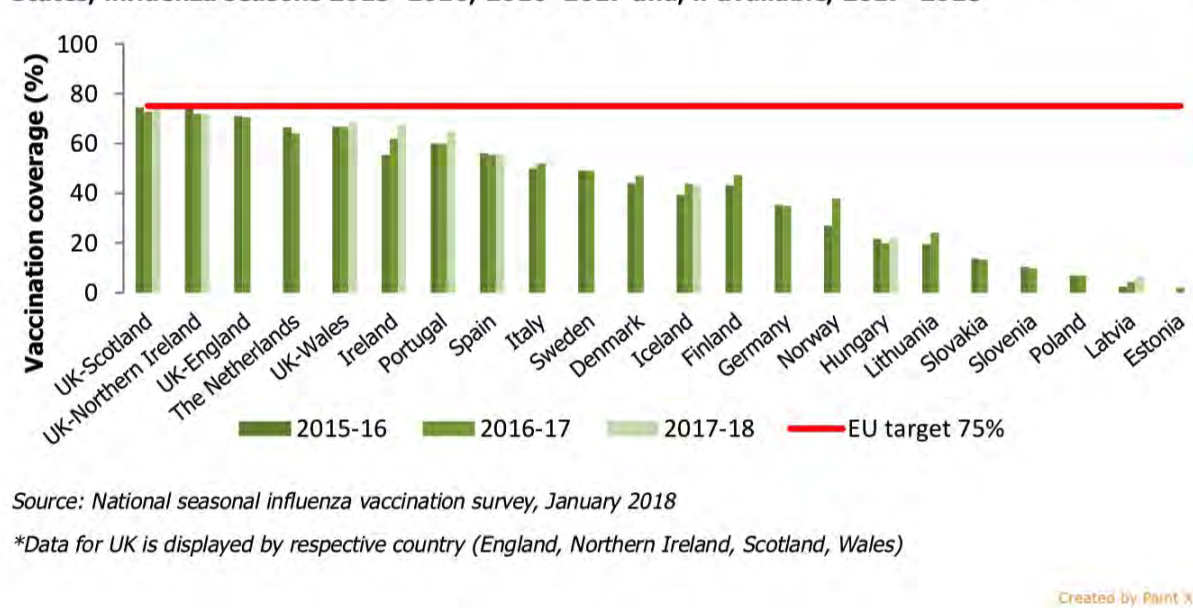
Ad eccezione dell'Austria, tutti gli altri altri stati membri (30) hanno risposto al sondaggio dell'ECDC, effettuato nel mese di gennaio 2018. Di questi, 19 hanno comunicato i tassi di copertura vaccinale per le stagioni 2015-16, 2016-18 e 2017-18, includendo informazioni dettagliate su specifiche popolazioni più a rischio, come gli over-65, i pazienti affetti da malattie croniche (cardiovascolari, respiratorie, malattie epatiche e renali, diabete mellito, immunosoppressione, obesità, bambini e adolescenti in terapia a lungo termine con l'aspirina), le donne in gravidanza, il personale sanitario e i residenti delle strutture di lungodegenza. Queste categorie corrono un rischio maggiore di andare incontro a complicanze gravi, motivo per cui la maggior parte dei paesi dà loro la priorità alla vaccinazione.

**Sono ancora pochi i paesi che si avvicinano al tasso di copertura vaccinale del 75%, stabilito dall'Unione europea per proteggere le decine di migliaia di persone a rischio di malattie gravi o morte prematura.**

Nonostante la maggior parte degli stati membri sia già dotato di chiare linee guida o raccomandazioni per la vaccinazione delle categorie a rischio, è emersa una notevole discrepanza tra queste e la capacità di monitorare e quindi comunicare i tassi di copertura vaccinale delle popolazioni target. Meno di un quarto dei paesi membri era in grado di fornire dati sui pazienti cronici e le donne in gravidanza e solo la metà sugli operatori sanitari. Tutti i 30 paesi che hanno risposto raccomandano la vaccinazione antinfluenzale per i pazienti affetti da malattie croniche e per gli anziani, anche se con diverse soglie di età (in Italia dai 65 anni in giù).

Nella tabella qui sotto si può vedere l'effettivo tasso di copertura vaccinale degli anziani ottenuto in ciascun paese nelle diverse stagioni prese in considerazione dall'indagine. Nonostante il consenso largamente diffuso da anni sull'opportunità di vaccinare le persone anziane, solo il Regno Unito ha quasi raggiunto il target europeo del 75%. Per l'Italia sono disponibili i dati delle stagioni 2015-16 e 2016-17, con un tasso di copertura che si attesta tra il 50 e il 60%.

**Figure 4. Seasonal influenza vaccination coverage rates in older age groups, 19 EU/EEA Member States, influenza seasons 2015–2016; 2016–2017 and, if available, 2017–2018\***

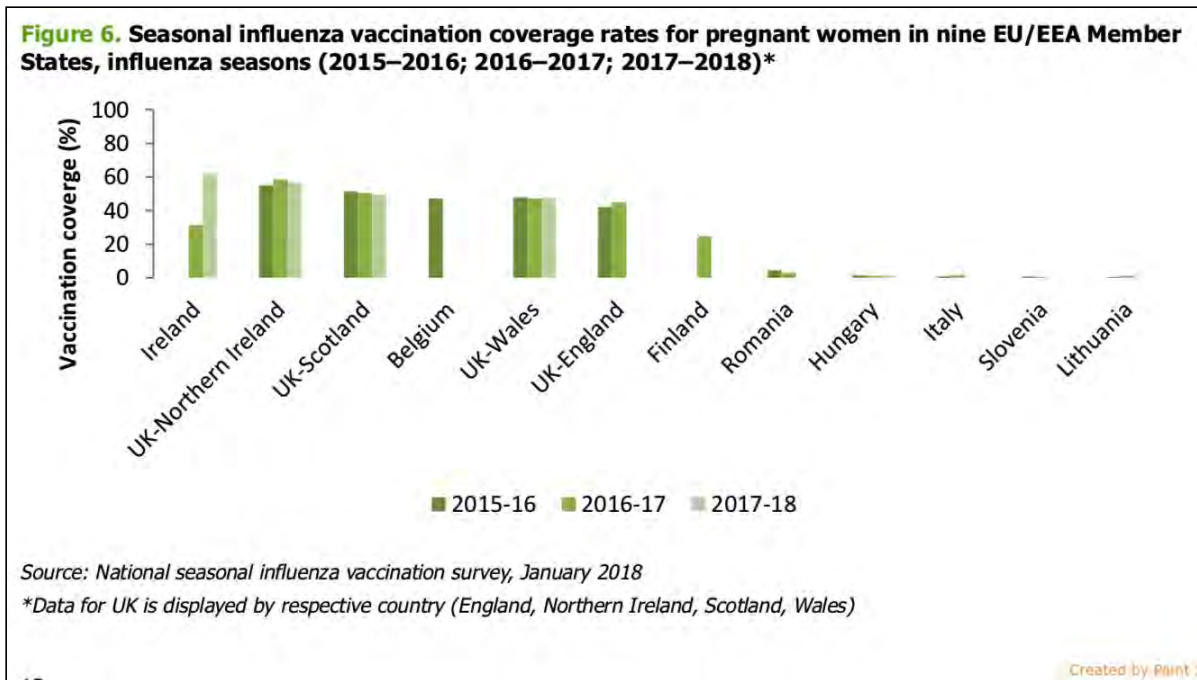


**Quasi tutti i paesi (29 su 30) promuovono la vaccinazione per gli operatori sanitari.** Tra questi, solo 12 hanno comunicato i tassi di copertura. Come si può vedere nella Figura 7 c'è una grande variabilità tra i diversi paesi. Inoltre, alcuni raccomandano la vaccinazione per tutti gli operatori del settore sanitario, altri solo per determinate categorie. L'Italia, tra i paesi che hanno messo a disposizione i dati, è il fanalino di coda, con un tasso bassissimo di copertura vaccinale pari al 15,6%.

**Figure 7. Seasonal influenza vaccination coverage rates among healthcare workers in 12 EU/EEA Member States, influenza seasons: 2015–2016; 2016–2017; 2017–2018**



**La vaccinazione delle donne in gravidanza è raccomandata in 28 paesi.** Anche qui, esiste una grande variabilità, come mostrato nella Figura 6. L'Italia ha fornito i dati ma si attesta su valori molto bassi, subito prima di Lituania e Slovenia. In particolare, nel nostro paese, si raccomanda la vaccinazione durante il secondo e terzo trimestre di gravidanza.



“I risultati di questa indagine mostrano che il raggiungimento di alti tassi di copertura vaccinale per le categorie più a rischio di complicazioni gravi rimane un serio problema di sanità pubblica”, dice **Pasi Penttinen**, direttore dell’Influenza Disease Programme dell’ECDC. “Il modo migliore per prevenire o minimizzare lo sviluppo di gravi malattie nelle categorie a rischio è la vaccinazione tempestiva, anche se l’efficacia del vaccino varia a seconda del virus in circolazione. Una buona copertura vaccinale consente anche ai sistemi sanitari di risparmiare risorse grazie alla diminuzione di visite e ospedalizzazioni”.

**Un dato incoraggiante emerso dall’indagine, riguarda il fatto che circa la metà degli stati membri dell’Ue ha riportato l’aumento dell’uso di vaccini di ultima generazione**, i quali hanno garantito una protezione più ampia nella stagione 2017-18. Inoltre, sei stati membri hanno comunicato di aver messo in pratica nuove strategie di immunizzazione mirate ai bambini. Se questi nuovi vaccini e le nuove strategie adottate garantiranno una maggiore protezione generale o meno, sarà oggetto di studio dell’ECDC nelle prossime stagioni invernali.

Per i pazienti che contraggono forme gravi dell’influenza e per coloro che non rispondono alla vaccinazione per via di malattie o trattamenti che coinvolgono il sistema immunitario, l’uso di farmaci antivirali può essere determinante.

La maggior parte degli stati membri dell’Ue ha emesso indicazioni o linee guide per l’uso di farmaci antivirali in questi casi, compresa l’Italia. Insieme ad altri 15 paesi l’Italia si è dotata di un sistema di controllo della resistenza antivirale che prevede la comunicazione dei casi verificati in laboratorio alle autorità sanitarie di controllo.

Il rapporto dell’ECDC consiglia di migliorare il tasso di copertura vaccinale attraverso campagne di comunicazione mirate nei confronti delle categorie più a rischio, assicurando i finanziamenti necessari per programmi nazionali di vaccinazione.

L’Italia ha già un Piano d’azione nazionale, che ha recepito le indicazioni del Consiglio europeo del 2009, come si può vedere nella figura sotto.

## Annex 1. Availability of national action plans

**Table 3. Availability of national action plan to improve vaccination coverage for seasonal influenza in the EU/EEA, 2017–18 influenza season**

Availability	Member States
Yes, plan was adopted	Iceland, United Kingdom–England, United Kingdom–Scotland
Yes, plan was developed previously and updated according to the 2009 Council Recommendation	Czech Republic, Ireland, Italy, Lithuania, Netherlands*, Poland, Portugal, United Kingdom–Wales
A plan was not developed, but a respective policy is in place	Belgium, Croatia, Denmark, France, Germany, Greece, Hungary, Latvia, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Norway, Romania, Slovakia, Spain, Sweden, United Kingdom–Northern Ireland
Plan is under development	Bulgaria, Cyprus, Estonia, Finland, Slovenia

Source: National seasonal influenza vaccination survey, January 2018

\*The national action plan prepared by the Netherlands was not primarily intended to improve vaccination coverage.

Created by Paint X

**Paola Porciello**



<http://www.adnkronos.com/>

## Di sicurezza, medici in campo: "Dobbiamo poter curare tutti"



Un appello ai ministri Giulia Grillo e Matteo Salvini "perché diano ai medici indicazioni per poter continuare a curare, nel rispetto della [Legge sulla sicurezza](#), tutte le persone che si trovano sul territorio italiano, anche se 'irregolari'. A lanciarlo è la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo), per voce del suo presidente Filippo Anelli.

Anche i camici bianchi scendono dunque in campo e intervengono lanciando una riflessione sui possibili effetti 'sanitari' del decreto sicurezza, in queste ore al centro di diverse contestazioni. "I medici - precisa Anelli - vogliono e devono applicare le leggi dello Stato. **Ci appelliamo ai ministri della Salute e dell'Interno perché emanino direttive che chiariscano come contemperare le legittime esigenze di sicurezza dei cittadini con il dettato costituzionale e del Codice deontologico** che ci impongono di curare tutti".

Accogliere le persone in difficoltà, ragiona il presidente di Fnomceo, "non è un sintomo di debolezza politica, ma di tutela forte dei diritti inviolabili dell'uomo, sanciti

dall'articolo 2 della Costituzione, tra i quali quello alla salute individuale e collettiva di cui all'articolo 32 - chiarisce Anelli - Accoglienza alla quale il medico è tenuto anche dal rispetto del Codice deontologico, che gli impone come missione, prima ancora che come dovere, quella di andare verso il prossimo, curando i fragili, gli ultimi, gli emarginati, e di restituire loro, attraverso la cura, dignità".

"La sicurezza che giustamente sta così a cuore a questo Governo - prosegue Anelli - non può prescindere, per quanto riguarda la tutela della salute, da una straordinaria attenzione nei confronti dei soggetti più deboli, attenzione che ne è anzi presupposto essenziale, **per escludere i rischi legati all'instaurarsi di percorsi di cura clandestini o quelli legati alla mancata prevenzione e cura di malattie trasmissibili**".

"Siamo certi - conclude il presidente Fnomceco - che il Governo saprà evitare questi rischi, garantendo sicurezza vera ai cittadini e tutelando la salute di tutti. Attendiamo quindi una circolare applicativa in tal senso, che silenzi tutti i possibili conflitti tra l'obbedienza alla Legge e i principi, di scienza e coscienza, del Codice deontologico".

## UNA RICERCA INGLESE

**Sovrappeso e diabete  
per chi fuma il narghilè**

**FUMARE** il narghilè «aumenterebbe significativamente» il rischio di sviluppare diabete e obesità. Lo sostengono i ricercatori della *Brighton and Sussex Medical School*, autori di un ampio studio che ha coinvolto 9.840 partecipanti: 6.742 non fumatori, 976 ex fumatori, 864 fumatori di sigaretta, 1.067 fumatori di narghilè e 41 fumatori sia di sigaretta sia di narghilè. Attraverso esami del sangue, gli scienziati hanno rilevato come i fumatori di narghilè avessero maggiori probabilità di aumentare di peso e sviluppare diabete di tipo 2: l'obesità, la sindrome metabolica, il diabete e la dislipidemia erano tutti associati positivamente al fumo di narghilè, mentre non erano associati al fumo di sigaretta.

**I RISULTATI** mettono in dubbio la convinzione che fumare narghilè sia meno tossico perché implica uno strumento progettato per purificare il fumo del tabacco, facendolo passare attraverso l'acqua. «Una singola seduta di fumo di narghilè può essere equivalente a più di un pacchetto di sigarette, e i composti tossici inalati potrebbero essere ancora più grandi», avverte Gordon Ferns, capo del dipartimento di Educazione medica alla Brighton and Sussex Medical School.



**SANTÀKO** La beffa anni dopo gli errori

**Vittime di malasanità costrette a pagare**

» CHIARA DAINA

Una giustizia kafkiana ha imposto alle famiglie delle vittime delle valvole cardiache difettose – impiantate a 34 pazienti quasi 17 anni fa al centro cardiocirurgico Gallucci di Padova, provocando due morti – di restituire il risarcimento che l’azienda ospedaliera aveva anticipato loro (come stabilito in primo grado). Ma la Regione Veneto non è rimasta con gli occhi chiusi. I primi di dicembre il Consiglio regionale ha approvato un emendamento della Giunta di Luca Zaia alla legge finanziaria 2019 che stanZIA un equo indennizzo del valore di 850mila euro (500mila quest’anno e altri 350mila nel 2020) per il danno subito. Un gesto di solidarietà sociale non indifferente. Anche se, stando ai conti fatti dall’avvocato Alvise Fontanin, che difende buona parte di queste famiglie, la somma non basta: “I parenti tra capitale, spese legali e interessi, dovranno rendere 1,5 milioni di euro”. Le stesse valvole killer, prodotte dall’azienda brasiliana Tri-tech, erano state utilizzate anche all’ospedale Molinette di Torino. Qui, come a Padova, i medici hanno ricevuto delle tangenti dall’importatore. Ma i giudici di Torino, diversamente dai veneti, li hanno giudicati colpevoli.

