Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

16-DIC-2015
da pag. 26
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il caso
Maternità surrogata
«La legge, la firma
e i miei ripensamenti»

di **Dacia Maraini**
alle pagine **26 e 27**

MATERNITÀ SURROGATA

Cosa vuol dire desiderare un figlio nell'epoca della sterilità

Ho firmato l'appello per una legge restrittiva con troppa fretta Ho bisogno di ascoltare le voci di altre donne

La discussione di oggi ricalca le infinite dispute sorte al tempo della legalizzazione dell'aborto Ho scritto un libro per spiegare la mia posizione: favorevole alla legalizzazione per togliere la pratica dalla clandestinità, ma contraria a farne una bandiera

La domanda
«Credo che la parola chiave sia destino: si diventa madri per destino o per scelta?»

La famiglia
«La questione diventa etica nel momento in cui si tocca l'idea di famiglia tradizionale»

di **Dacia Maraini**

Da anni non si assisteva a una discussione così radicale e impetuosa fra donne che sono abituate a ragionare in termini storici ed etici sul destino del proprio corpo. Ecco la parola chiave, DESTINO: si diventa madri per destino o per scelta? È la stessa domanda chiave su cui si è ragionato e discusso, ma civilmente, al tempo della legalizzazione dell'aborto. C'è chi crede e rivendica l'idea che la maternità sia un fatto prima di tutto mistico, una sorte spettante per fatalità naturale al corpo femminile, ma (spesso paradossalmente) guidata e sancita da leggi decise in maggioranza da uomini. C'è invece chi sostiene che la maternità, come la paternità, sono creazioni prima di tutto culturali, modi di costruire la vita che mutano secondo i grandi mutamenti della storia.

Sono state coraggiose le donne di «Se non ora quando-Libere» che per prime hanno lanciato il sasso nel silenzio del Paese. Troppo poco si discute sulle grandi questioni legate alla gestazione: cosa vuol dire desiderare un figlio? È un fatto egoistico o un istinto potente che nasce sì dal bisogno della continuazione della specie ma viene poi interpretato e vissuto in ogni epoca con spirito diverso? E il desiderio di maternità è un fatto esclusivamente femminile o non riguarda anche gli uomini che spesso hanno censurato e represso la struggente e bellissima ambizione alla riproduzione? E ancora: in epoca di sterilità crescente, fino a che punto è lecito covare nel ventre un figlio per altri? Che senso ha nutrire con le proprie linfe piu segrete un corpicino nuovo su richiesta? Come può essere giudicata una donna prolifica che, magari per guadagnare dei soldi, offre a una coppia che non può averne, il proprio corpo materno?

Cos'è che indigna e infastidisce di più in que-

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

16-DIC-2015
da pag. 26
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

sto nuovo modo di intendere la maternità? Direi sopratutto l'aspetto commerciale. Come si può comprare un figlio? E come si può venderlo, cancellando l'idea antichissima della naturale proprietà materna? Perfino la Madonna che, secondo la narrazione cattolica, ha concepito un figlio per conto terzi — ovvero lo Spirito Santo — l'ha però donato, da accudire, con meravigliosa fiducia e rispetto, al proprio compagno di vita.

In qualche modo la discussione di oggi ricalca le infinite dispute e controversie sorte al tempo della legalizzazione dell'aborto. Ho scritto a suo tempo un libro per spiegare la mia posizione: favorevole alla legalizzazione per togliere la pratica dalla clandestinità, ma contraria a farne una bandiera. L'aborto non può essere una soluzione. Farlo uscire dal buio delle pratiche speculative, bene, ma pensare che sia l'unica risposta a una gravidanza non voluta, non mi convince: si tratta comunque di una violenza verso il nascituro e verso il corpo della donna. La sola alternativa non può che essere una maternità responsabile. Cosa che in parte è avvenuta con la legalizzazione dell'aborto: è stato importantissimo rendere consapevole collettivamente il paese dell'esistenza della pratica, violenta, pericolosa legata all'attività di tanti medici speculatori. Tutti sapevano ma, prima della legge, era una piaga nascosta e tollerata, dopo la legge è diventata una consapevolezza civile.

Oggi ci troviamo di fronte a una questione contraria e opposta: la sterilità sta aumentando, molte coppie vorrebbero un figlio ma non riescono a farlo e allora o adottano un bambino — ma sappiamo quanto è lungo e difficile e tormentoso il processo dell'adozione — oppure cercano una donna prolifica che, liberamente scelga di accogliere il seme dell'uomo e dare alla luce un figlio da donare.

La divisione dei punti di vista all'interno del mondo femminile piu consapevole prova che la questione è scivolosa e non facilmente risolvibile. Fino a che punto la maternità è un evento etico oltre che naturale e quando le due cose possono essere separate per ragionamento? Dove comincia la costruzione di un figlio e quali sono i limiti che vogliamo imporci? Mettere a disposizione il proprio corpo per aiutare chi è sterile e desidera un bambino è solo un patto commerciale o può essere anche un modo di condividere le gioie della maternità? Perché troviamo accettabile la donazione del seme paterno e non la donazione di una gravidanza femminile? Non mi avventurerei nello scialo dei termini inglesi che trovo fuorvianti: la gente si confonde fra *stepchild adoption*, *surrogacy*, ecc.

Forse non è un caso che la questione sia venuta fuori nel momento in cui si sta per approvare in Parlamento una legge che sancisce gli uguali diritti fra coppie eterosessuali e omosessuali. La questione diventa etica nel momento in cui si tocca la famiglia, o l'idea tradizionale della famiglia, che purtroppo è diventato, per statistica il luogo piu pericoloso per le donne e i bambini. Ma c'è chi si oppone con tutte le forze a modificare la nozione abituale di famiglia, chi ha paura che introducendo nuovi modi di convivenza sanciti dalla legge, l'intero sistema di valori esploda e vada in pezzi, lasciando solo macerie sentimentali.

«Focalizzare sulle adozioni gay non è giusto, anzi rischia di fermare una legge civile. In realtà la maternità surrogata è richiesta e praticata, per il 99% dei casi, solo da coppie eterosessuali sterili» scrive Paola Concia. Monica Cirinnà e Ivan Scalfarotto sostengono che una cosa è protestare contro questa pratica in un Paese come la Francia dove esiste già il matrimonio egualitario e l'adozione è aperta alle coppie gay e lesbiche. «La strategia è molto chiara — chiarisce Paola Concia —, si vuole polarizzare la contrarietà a una qualsivoglia legge sulle unioni civili concentrando su una questione che non riguarda la comunità omosessuale, ma tutta la società. Associare la Maternità surrogata alle unioni civili è un errore clamoroso».

Perfino il grande movimento «Se non ora quando», si è diviso su questo tema, con la civiltà e la lealtà a cui rimangono fedeli . Ma questo chiarisce ancora una volta quanto la questione sia complessa e «meriti tempo, prudenza, onestà intellettuale e confronto tra donne», come scrivono i seguaci di «Se non ora quando, factory»: «Se c'è una cosa che appare infinitamente più indegna per una donna della gestazioni per altri/e, è l'essere pensata da altre/i. Pensare per altre/i è un esercizio molto offensivo, che lede la dignità delle donne...».

Il dibattito si sta svolgendo con serenità e rispetto, fra persone stimabili come Chiara Saraceno, Luisa Muraro, Lidia Ravera. Persone che si sono confrontate portando in campo idee e non insulti o questioni di appartenenza. «Se il patto avviene fra persone libere e consapevoli, e non porta nessuna forma di violenza o sfruttamento», perché non dovrebbe essere lecito, scrive anche un uomo che su queste cose si è interrogato, Emanuele Trevi. D'altra parte Luisa Muraro afferma che «non esiste il diritto ad avere figli ad ogni costo. Chi lo cerca, entra in un mercato in cui la donna è messa sotto contratto con clausole varie dettate dal compratore». Qui si mette in discussione, e con molte ragioni storiche, la libertà femminile. Fino a che punto è libera una donna che vende se stessa su un marciapiede, anche se adulta e consapevole? Fino a che punto è autonoma una donna che presta il suo utero a pagamento?

Per finire vorrei chiedere scusa per avere accettato di firmare con troppa fretta e senza avere ascoltato tutte le voci e pensato alle conseguenze di una presa di posizione pubblica, l'appello di «Se non ora quando-Libere». Non per mancanza di stima: sono sempre stata vicina e partecipe alle scelte del movimento — ma perché non mi sento di dichiarare con tanta certezza che il problema non esiste e che tutto si possa risolvere con la imposizione di una legge restrittiva. La questione è complessa e vorrei ascoltare ancora piu voci di donne e di uomini che si confrontino con sincerità e onestà sulla questione, per capire meglio i cambiamenti in atto. A volte le nostre idee si trovano a disagio nelle grandi piazze del Paese. Ci perdiamo di fronte ai cambiamenti che sono rapidi e a volte anche contraddittori e inquietanti. Ma negare la realtà è sempre un errore che si finisce per pagare caro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

● Il movimento «Se non ora quando-Libere» ha lanciato un appello per chiedere che la pratica della «maternità surrogata» «venga dichiarata illegale in Europa» e nel mondo L'appello ha innescato il dibattito

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 198.813
Diffusione 10/2015: 145.163
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

16-DIC-2015
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SANITÀ

Medici, fondi alle assunzioni ma resta lo sciopero

Barbara Gobbi ▸ pagina 8

Sanità. Arriva il piano per sbloccare lo stop in ospedali per l'orario corto europeo dei medici - Nuovi ingressi legati a tagli di spesa

Medici, assunzioni ma resta lo sciopero

IL MECCANISMO

Se ci sarà il visto sui risparmi, possibili nuovi concorsi straordinari da indire nel periodo 2016-2017. Non ci saranno risorse aggiuntive

Barbara Gobbi

ROMA

Battaglia fino a notte ieri in commissione Bilancio sull'emendamento sblocca-assunzioni nella sanità. Quando ormai pareva vicino all'approvazione l'emendamento messo a punto faticosamente dal Governo per tamponare l'emergenza orari di lavoro e turni di riposo di medici e infermieri su modello Ue, è arrivata la battuta d'arresto per una richiesta di ordine procedurale del Movimento 5 Stelle. Salvo poi arrivare all'affondo finale e incassare l'ok della maggioranza.

Ma anche con il via libera alla nuova norma in tasca, i mal di pancia dei camici bianchi, ma anche delle regioni non si quietano. I primi hanno confermato infatti lo sciopero di 24 ore programmato proprio per oggi, quando in 250mila tra ospedalieri e convenzionati incroceranno le braccia - si parla di due milioni di visite e di 40mila interventi chirurgici in stand-by, garantendo le prestazioni urgenti - in difesa di un servizio sanitario pubblico sempre più in difficoltà per i tagli degli ultimi anni che hanno fatto lievitare tra l'altro anche il fenomeno del precariato. «Confermiamo lo sciopero - ha detto Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaao, il principale sindacato degli ospedalieri - anche perché con questo emendamento, che non risolve l'emergenza, il Governo tenta l'ennesimo gioco di prestigio».

Mentre le regioni, dal canto loro, tengono il fiato sospeso rispetto alle coperture sulle nuove assunzioni: accantonata l'ipotesi di attingere ai possibili ma non quantificabili risparmi attesi dalle nuove norme sul rischio clinico - in parte stralciate dal testo che rivede la responsabilità professionale degli operatori sanitari - ora è chiaro che le risorse i governatori dovranno trovarle da sé. Che arriverebbero, come ha tenuto a precisare la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, tra le pieghe «di altri provvedimenti già inseriti nella legge di Stabilità: tra centralizzazione degli acquisti, appropriatezza e piani di rientro degli ospedali in deficit». L'emendamento incamera dunque, del testo sulla responsabilità professionale licenziato dalla commissione Affari sociali, soltanto la parte che istituisce la funzione di risk management in tutte le strutture pubbliche e private e prevede percorsi di audit e formazione dei medici in tema di rischio clinico. Obiettivo: provare a ridurre il contenzioso che sarebbe alla base della cosiddetta medicina difensiva, che si stima costi fino a 13 miliardi.

Ma la vera polpa dell'emendamento, e anche la più controversa, attiene proprio allo sblocco delle assunzioni di personale. Che in ogni caso restano un punto d'arrivo, ma solo al termine di una vera e propria corsa a ostacoli da parte delle regioni, che dovranno rispettare una tempistica piuttosto rigida. Le strutture, dopo aver applicato il provvedimento sugli standard ospedalieri con la riduzione di posti letto che esso comporta - e una volta messi a punto piani precisi sul fabbisogno del personale in linea con la direttiva comunitaria sul rispetto degli orari di lavoro (un tetto massimo di 48 ore di lavoro settimanale con 11 ore di riposo ogni 24 ore) - potranno incassare entro il 31 marzo 2016 il nulla osta a nuove assunzioni dal tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Il visto darà il via libera a nuovi concorsi straordinari, da indire nel periodo 2016-2017, per l'assunzione di medici e infermieri. Nessuna certezza sui numeri, quindi. E soprattutto nessuna dotazione finanziaria aggiuntiva.

Nel frattempo le regioni tra il 1° gennaio e il 31 luglio 2016, e con possibilità di proroga fino al 31 ottobre dello stesso anno, potranno ricorrere a forme di lavoro flessibile «nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro».

Quindi, senza costi aggiuntivi ma ricorrendo ai risparmi ottenuti attingendo, per l'ennesima volta e come prescritto anche da questa legge di Stabilità, ai risparmi che - ha precisato ancora la ministra Lorenzin - «sapranno generare. L'importante - ha avvertito - è che inizino a fare le riforme».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 247.255
Diffusione 10/2015: 174.866
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

16-DIC-2015
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

L'ultima ricerca

Medici in sciopero Ma il 12% ha il certificato per lavorare in ufficio

PAOLO RUSSO
ROMA

Almeno uno su otto non ce la fa. A sollevare una barella perché la schiena duole. Ad entrare in sala operatoria ed infilare dei guanti in lattice perché l'allergia lo vieta. O a fare quegli snervanti turni di notte che peggiorano lo stress già diagnosticato e certificato. E così oltre 82 mila tra medici, infermieri e tecnici della sanità su 700 mila dipendenti di Asl e ospedali fuggono dai reparti per finire dietro una scrivania o, male che vada, dentro un meno snervante ambulatorio di quartiere.

Mentre proprio oggi i dottori incrociano la braccia per protestare anche contro le carenze di organico e il governo introduce in Finanziaria un piano straordinario di assunzioni, una ricerca del Cergas-Bocconi, condotta insieme alla Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali, rivela che nel comparto sanitario l'11,8% del personale ha in tasca un certificato di inidoneità temporanea o permanente che non gli consente di fare il lavoro per il quale è stato assunto in organico. E il dato è sicuramente sottostimato, ci tengono a precisare i ricercatori. Un bel problema, soprattutto se si pensa che proprio in questi giorni l'entrata in vigore dell'orario di lavoro europeo che vieta turni massacranti sta facendo rinviare interventi chirurgici e prestazioni proprio per carenze di personale. E le cose sono destinate a peggiorare, perché con i reiterati blocchi delle assunzioni la popolazione sanitaria è diventata sempre più vecchia e i certificati di inidoneità fioccano proprio con il passare degli anni. Tant'è che ne possiede uno il 24% dei dipendenti tra i 60 e i 64 anni e l'età media che è già di 50 anni avanza al ritmo di un anno ogni 24 mesi.

La maggioranza delle inidoneità (il 62,1%) riguarda la movimentazione di carichi e pazienti. Ossia quel che più serve fare in corsia. il 79,6% dei certificatati sono femminili e tra gli infermieri quasi il 25% ne ha uno, mentre meno del 5% dei medici «non ce la fa». «Molte inidoneità temporanee di fatto diventano permanenti senza che si facciano più controlli e, con le carenze in organico che ci sono nella sanità, spesso il certificato medico è l'unica arma per ottenere un trasferimento ad altro incarico più compatibile magari con i bimbi in casa», denuncia Marco Sartiana del Cergas.

In attesa che gli «inidonei» tornino a lavorare dove più serve il governo prova ad assumere un po' di medici e infermieri con un emendamento alla Legge di stabilità, che riserva la metà dei posti ai precari. Quanti saranno non si sa, perché saranno le regioni a dirlo entro il 31 marzo prossimo, mentre non oltre fine 2016 dovranno essere indetti i concorsi di assunzione. Nell'attesa, fino al 31 luglio, Asl e ospedali potranno ricorrere a contratti a termine.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

16-DIC-2015
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Stabilità, assunzioni a tempo nella sanità

Micro-importi, sì al bancomat ma senza obblighi per tutti. Medici, oggi sciopero

Camera, tempi lunghi: slitta a domani l'aula. La proroga dell'"opzione donna" è vincolata ai risparmi di spesa. Ok al pacchetto sicurezza e cultura

MILANO

Rush finale sugli ultimi emendamenti in commissione Bilancio della Camera per la legge di Stabilità. Dopo una maratona di 34 ore di lavori ininterrotti, nella tarda serata di ieri ci si avviava all'approvazione del provvedimento. Ma nonostante la seduta fiume, l'approdo nell'aula di Montecitorio per l'esame del testo – inizialmente previsto per oggi – è slittato a domani mattina.

Entrando nel merito: molte le novità e sugli argomenti più disparati. Tra cui sicurezza, cultura, Welfare e Sud. Uno degli ultimi nodi affrontati, però, ha riguardato la sanità. La soluzione che dovrebbe essere stata inserita nel disegno di legge (per garantire il rispetto delle disposizioni Ue che impongono stretti limiti all'orario di lavoro) prevede contratti di lavoro flessibili prorogabili fino al 31 ottobre 2016 e poi un concorso straordinario per l'assunzione di medici e infermieri da indire entro il 31 dicembre 2016 e concludere entro il 31 dicembre 2017. L'atteggiamento dei medici e degli operatori sanitari non è però cambiato. Confermato per oggi lo sciopero.

Sui pagamenti elettronici, invece, arriva in una versione *light* la norma che consente di acquistare un caffè o un quotidiano con il bancomat. L'obbligo di Pos, infatti, non scatta di fronte a «casi di oggettive impossibilità tecniche». Per contro, da luglio anche gli importi per le strisce blu, quando si deve parcheggiare l'auto, si potranno effettuare con la carta. Viene abolita, intanto, la tassa di possesso sulle imbarcazioni introdotta con il decreto «Salva-Italia» del 2011, che era proporzionale alla lunghezza dello yacht.

La notte scorsa, invece, è stato dato l'ok al pacchetto di correzioni del governo alla manovra su cultura e sicurezza, voluto da Renzi dopo le stragi di Parigi. Le misure valgono complessivamente 2,6 miliardi di euro che saranno coperti grazie all'aumento del rapporto deficit/Pil del 2016 dal 2,2% al 2,4% senza attendere l'autorizzazione dell'Ue. E a proposito di debito pubblico, proprio ieri Bankitalia ne ha segnalato la salita a ottobre, quando si è arrivati a sfiorare il record storico. Secondo le rilevazioni dell'ultimo supplemento al bollettino statistico di Finanza pubblica, il passivo delle amministrazioni pubbliche è aumentato di 19,8 miliardi, salendo a 2.211,8 miliardi ed avvicinandosi al massimo storico di maggio scorso (2.218,2 miliardi). Per comprendere l'entità di questo peso, basti dire che è come se ogni italiano si ritrovasse sul collo un debito di circa 37mila euro.

Tornando al pacchetto delle misure avanzate dall'esecutivo, ci rientra il bonus di 80 euro mensili per le forze dell'ordine, comprese le Capitanerie di porto, escluse dal testo del governo e rientrate grazie a un sub-emendamento. Il contributo straordinario sarà di 960 euro l'anno per una spesa complessiva di 500 milioni per il 2016. Prevista una clausola di salvaguardia in caso di maggiori spese rispetto alle stime. E Renzi ha promesso che non sarà un bonus temporaneo, ma diventerà strutturale.

Tutti i ragazzi che compiranno 18 anni nel 2016 potranno beneficiare poi di una carta elettronica con un importo di 500 euro da spendere per teatri, musei, aree archeologiche, mostre, eventi culturali e per l'acquisto di libri. Sul fronte previdenziale, dal 2016 la *no tax area* per le pensioni sale a 8mila euro e non ci sarà recupero sugli assegni del minor costo della vita. La proroga oltre il 2015 di "Opzione donna" (il meccanismo di pensionamento anticipato per andare incontro alle lavoratrici) potrà avvenire soltanto se si renderanno disponibili risparmi di spesa dopo un monitoraggio della misura.

Luca Mazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 146.116
Diffusione 10/2015: 78.035
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

16-DIC-2015
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

SCIOPERO DEI MEDICI Una giornata di disagi per i pazienti: salteranno anche 40mila interventi

Sanità, a rischio due milioni di visite

Rivolta negli ospedali e negli ambulatori: «Basta con i tagli». Ma sono garantite le urgenze

Francesca Angeli

Roma Paralisi della sanità pubblica. Per la prima volta in modo compatto i medici bloccheranno visite, interventi, analisi ed esami diagnostici per 24 ore. A parte le urgenze e la funzionalità sempre garantita del Pronto Soccorso l'intero sistema del servizio sanitario nazionale verrà congelato per un giorno.

Questa volta infatti a scendere in piazza sono tutte le sigle sindacali e tutte le categorie del pubblico: ospedalieri, medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali e veterinari. Categorie a volte anche contrapposte tra loro, come gli ospedalieri ed i medici di famiglia ma in questo caso unite nella protesta contro il governo Renzi che culminerà in un sit in davanti all'ospedale San Camillo di Roma. Gravi i disagi per i pazienti. Visite specialistiche prenotate magari mesi fa salteranno così come salteranno gli esami di laboratorio o le ecografie o il controllo di routine dal pediatra per il proprio figlio. Si calcola che saranno due milioni le prestazioni annullate a causa dello sciopero dei 250.000 medici pubblici. Almeno 40.000 gli interventi chirurgici cancellati. Non solo. I camici bianchi hanno già consegnato ai sindacati un pacchetto di scioperi che prevede un nuovo blocco questa volta di 48 ore entro il mese di gennaio.

Le ragioni dello sciopero sono molte ed i medici chiedono ai loro pazienti di capire le ragioni di un blocco che provoca gravi disagi. Si assiste secondo la categoria ad un progressivo smantellamento del servizio sanitario nazionale soprattutto a causa dei tagli lineari al fondo nazionale. Ma in ballo ci sono anche le 6.000 assunzioni che il governo dovrebbe inserire nella Legge di Stabilità e che invece fino ad ora sono saltate soprattutto per un motivo di copertura. Le assunzioni rispondono alle richieste della direttiva europea che impone il rispetto dei turni di riposo che in sostanza in nessun dei nostri ospedali vengono rispettati per mancanza di personale. Per ottemperare alla direttiva sono necessarie migliaia di assunzioni.

Il governo aveva annunciato di aver trovato la copertura grazie ai risparmi che sarebbero derivati dal disegno di legge sulla medicina difensiva. Alcune norme avrebbero dovuto essere anticipate nella legge di Stabilità con un risparmio previsto di 320 milioni. Ma l'accordo non è stato trovato e ancora ieri sera in Commissione Bilancio è continuato il confronto con le opposizioni per rendere possibile il via libera alle assunzioni che comunque in ogni caso non saranno le 6.000 necessarie ma forse la metà.

PROTESTA I medici sono sul piede di guerra: hanno annunciato altri scioperi anche per gennaio. Il ministro della Salute cerca soluzioni all'interno della legge di Stabilità

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 265.454
Diffusione 04/2015: 186.998
Lettori Ed. I 2015: 1.280.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Mario Calabresi

16-DIC-2015
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

"Salviamo i medici dal labirinto di dati e studi in eccesso"

MARCO PIVATO

Big Data
La quantità di ricerche e pubblicazioni mediche continua a crescere

I criteri per prescrivere un farmaco, un esame diagnostico o una prestazione medica sono troppo disinvolti, tali, addirittura, da mettere in crisi la sostenibilità della Sanità. È l'allarme della Sifact, la Società di farmacia clinica e terapia, riunita a Roma in occasione del congresso «Sistema sanitario nazionale: sostenibilità o sopravvivenza? Le nuove frontiere dell'assistenza farmaceutica».

D'ora in poi, se una prestazione non ripaga il risultato in termini di miglioramento della salute e della qualità di vita, la parola d'ordine - dicono gli esperti - sarà «disinvestire». Ma come distinguere i servizi necessari da quelli superflui? La Sifact, in linea con il decreto «Appropriatezza prescrittiva» del governo, sposa il principio «choosing wisley», scegliere con avvedutezza, mutuato dalla fondazione Usa Abim. Alla base c'è un problema non solo politico-economico, ma che nasce dall'incertezza stessa nella pratica clinica quotidiana. «Se le situazioni in corsia impongono rapidità - spiegano alla Sifact -, l'accesso alle fonti in ospedale non è sempre facile e, anche quando si trova il tempo di consultare Internet, avere subito risposte traducibili è difficile». Insomma, il «mare magnum» di pubblicazioni su casi, trattamenti o molecole disorienta piuttosto che guidare. Del resto - calcolava «PLoS Medicine» già nel 2010 - ogni giorno escono nel mondo 6mila articoli sulle 30mila riviste indicizzate.

Si deve perciò ripartire da nuovi principi, garantendo che il compito dei ricercatori sia, parallelamente al miglioramento delle conoscenze, quello di riconoscere metodi superati o nuovi ma accessori, rivedendo le priorità. A fornire una misura degli squilibri è l'European Centre for Disease Prevention: l'Italia è al quinto posto nell'Ue per abuso di antibiotici. Conseguenza: l'impennata delle infezioni.

Doctor33

16-12-2015

http://www.doctor33.it/

NEGLI USA IN CALO GLI STUDI A FINANZIAMENTO PUBBLICO, AUMENTANO QUELLI SPONSORIZZATI

Secondo quanto rileva uno studio pubblicato su Jama, dal 2006 al 2014 c'è stata una riduzione dei trial a finanziamento pubblico sostenuti dai National Institutes of Health (Nih) a fronte di un incremento delle ricerche sponsorizzate dall'industria. «Nih e aziende farmaceutiche sono da sempre importanti finanziatori di studi clinici» esordisce il coautore dell'articolo **Stephan Ehrhardt** della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health di Baltimora, spiegando che, in generale, i fondi dell'industria sponsorizzano ricerche sui propri prodotti, mentre le strategie di finanziamento dei Nih non sono commerciali. «Dal 2005, in ottemperanza alle linee guida del Icmje (International Committee of Medical Journal Editors), per pubblicare articoli relativi a studi clinici sulle riviste del circuito Icmje è necessario che i trial siano stati registrati presso il portale ClinicalTrials.gov, che richiede di accreditarsi e possedere una password d'accesso» riprende il ricercatore, ricordando che il portale è nato nel 2000 per iniziativa dei Nih che, attraverso la National Library of Medicine (Nlm), lo ha sviluppato in collaborazione con la Fda. ClinicalTrials.gov non solo funge da registro e banca dati delle sperimentazioni cliniche gestite dai Nih, ma registra anche le sperimentazioni cliniche in corso finanziate da strutture pubbliche e private. All'interno del sito si trovano informazioni sullo scopo e lo stato dello studio, su chi può parteciparvi, sul luogo di svolgimento e sui contatti telefonici per ottenere informazioni, oltre, naturalmente, alla fonte di finanziamento. Attualmente il portale contiene decine di migliaia di ricerche cliniche sponsorizzate dal Nih, da altre agenzie o dall'industria privata, con registrazioni provenienti dai 50 stati dell'Unione e da oltre 170 Paesi extra-US. Il registro riceve in media oltre 60.000 visitatori al giorno, con più di 50 milioni di pagine visitate al mese. E per esaminare le tendenze in termini di finanziamento degli studi, Ehrhardt e colleghi hanno scaricato l'elenco dei nuovi studi registrati su ClinicalTrials.gov dal 2006 al 2014, suddividendoli in base alla fonte di finanziamento: Nih, industria farmaceutica, altra agenzia federale degli Stati Uniti e tutti gli altri, ossia individui, università, organizzazioni.

E dai risultati emerge che il numero di studi di nuova registrazione è raddoppiato dai 9.321 del 2006 ai 18.400 del 2014. Ma il dato più rilevante è che i trial sponsorizzati dall'industria sono aumentati del 43% mentre quelli sostenuti dai Nih sono calati del 24%. «Poche, invece, le ricerche finanziate da altre agenzie federali statunitensi, mentre quelle pagate con fondi provenienti da tutte le altre categorie sono aumentate del 227%» scrivono gli autori, sottolineando che in quest'ultimo caso i finanziatori sono in grande maggioranza non statunitensi. «Il calo degli studi sostenuti da fondi Nih può essere il risultato di una riduzione di spesa da parte del governo federale degli Stati Uniti, considerato il fatto che al netto dell'inflazione il bilancio Nih del 2014 è stato del 14% inferiore al bilancio 2006» concludono gli autori.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 146.116
Diffusione 10/2015: 78.035
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

16-DIC-2015
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

DOLORE A Napoli il XIV congresso nazionale di anestesia - rianimazione

Le donne soffrono di più

Tra i due sessi molte differenze di risposta terapeutica agli antidolorifici

Luigi Cucchi

■ Lotta al dolore. Molta strada è stata percorsa da quando, nel 2001, sono state tracciate le linee guida del progetto «Ospedale senza dolore». Allora si decise di creare, in ogni azienda sanitaria un comitato (un referente della direzione, esperti della terapia del dolore, specialisti nel trattamento post-operatorio).

Nei giorni scorsi a Napoli (dal 10 al 12 dicembre) il XIV Congresso nazionale della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (Siaarti) ha analizzato i progressi registrati e le reali prospettive di ulteriori avanzamenti terapeutici.

Dai molti studi presentati è apparso che nonostante il sesso femminile sia più soggetto a condizioni cliniche di dolore cronico questo viene spesso misconosciuto e non adeguatamente trattato. Le donne lamentano un'intensità di dolore maggiore pur avendo una elevata soglia di tolleranza. Le cause di queste differenze sono sia psicosociali che biologiche. Tra queste ultime, importanti risultano le differenze anatomiche e ormonali.

«Il dolore - ha precisato il professor Antonio Corcione, presidente della società scientifica Siaarti - è un'esperienza complessa, che deriva dall'integrazione di componenti fisiche, psichiche e socio-culturali. Sono rilevanti le dimensioni corporee e lo spessore della cute, l'ansia, la depressione, elementi che possono differire in modo sostanziale nell'uomo e nella donna. Anche fattori sociali e culturali hanno un impatto significativo. Le donne hanno una probabilità più bassa di ricevere le terapie adeguate a causa di una certa carenza nella comprensione o nell'accettazione di quelle differenze biologiche tra maschi e femmine. Le diversità possono essere spiegate dal variabile e complesso assetto anatomico e ormonale. La ricerca ha indicato con certezza che, in genere, nelle condizioni dolorose croniche le donne presentano un dolore più intenso e più persistente rispetto agli uomini».

Un aspetto contrastante è rappresentato dal dolore post-operatorio: le donne hanno bisogno di differenti dosi di morfina per raggiungere l'analgesia. «In molti studi effettuati si è visto che i maschi consumavano circa 2,4 volte più oppioidi rispetto alle femmine. I maschi necessitano di almeno il 60% in più di morfina delle donne per ottenere lo stesso sollievo dal dolore. Tra i due sessi sono numerose le differenze di risposta alla terapia analgesica per due classi di agenti analgesici molto importanti: gli antinfiammatori e gli oppioidi. I farmaci antinfiammatori non steroidei – aggiunge il professor Corcione - sono ampiamente usati per trattare problemi di dolore acuto e cronico. Lo studio dell'effetto dell'ibuprofene, un importante antiinfiammatorio non steroideo ampiamente usato per la sua capacità di ridurre il dolore, ha dimostrato che l'effetto analgesico era presente nei maschi ma non nelle femmine. La differenza di genere non poteva essere attribuita alla dose del farmaco. Nello studio del dolore per molti anni si è sostenuto che i pazienti sofferenti di dolore fossero solo maschi giovani. Solo agli inizi degli anni Novanta, il lavoro svolto da ricercatori come Karen Berkley, ha introdotto questo aspetto negli studi sul dolore. La differenza a livello clinico tra maschi e femmine, la presenza cioè di molte più donne sofferenti di dolore cronico che uomini, ha spinto i ricercatori a considerare il fattore sesso e l'influenza degli ormoni gonadici e del sistema nervoso».

CORCIONE Numerose le differenze anatomo funzionali tra uomo e donna che incidono sulla percezione soggettiva del dolore

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 265.454
Diffusione 04/2015: 186.998
Lettori Ed. I 2015: 1.280.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Mario Calabresi

16-DIC-2015
da pag. 27
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'Italia ha voglia di futuro e prepara il Progetto Genomi

Con il mega-archivio dei Dna individuali le cure saranno su misura

GILBERTO CORBELLINI
UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA

Sembra incredibile, ma forse stiamo agganciando il treno della più promettente innovazione scientifica e tecnologica in corso. La legge di Stabilità in via di approvazione dal Parlamento contiene un emendamento per varare un «Progetto Genomi Italia», su cui il governo, e quindi il ministero della Salute, investirà attenzione e 15 milioni di euro in tre anni.

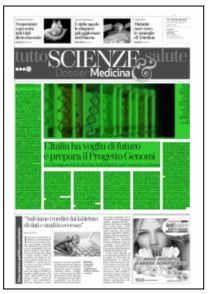
Si tratta di un fondo per iniziare e richiamare contributi anche di privati. L'invito è stato intelligentemente raccolto da Enpam, l'Ente Nazionale Previdenza Medici, che si è impegnato a investire almeno altri 15 milioni. Probabilmente, cioè auspicabilmente, entreranno in gioco altri protagonisti e, se ci saranno le condizioni per iniziare, si potrà decidere quali caratteristiche dare al progetto. Cioè quali informazioni genomiche si sceglieranno di ricavare dai sequenziamenti dei genomi di alcune migliaia di cittadini arruolati con tutte le garanzie ritenute necessarie.

La qualità e quindi la novità e l'utilità delle informazioni dovranno attirare capitali, anche internazionali, perché con 30 milioni si potrà giusto iniziare il lavoro. Per fare qualche esempio di progetti internazionali di sequenziamento dei genomi individuali in corso, la Gran Bretagna ha investito 300 milioni di sterline per «Genomic England», che in quattro anni sequenzierà 100mila genomi di 70mila pazienti e relativi familiari. Gli Usa hanno destinato oltre 200milioni di dollari solo per capire come investire nella «Precision Medicine Initiative», con l'obiettivo del sequenziamento di un milione di genomi. Si tratta anche in questo caso di investimenti a fondo perduto, ma strategici perché in quei Paesi si è capito che la ricerca e l'innovazione nel campo della genomica assicura sviluppo economico. Come ha ricordato il presidente Obama, ogni dollaro investito nel costoso Progetto Genoma Umano si moltiplica per 140!

La genomica, intesa come settore di ricerca e sviluppo tecnologico, ha le potenzialità innovative, e quindi di spinta economica, dell'informatica alle origini. Basti pensare che il costo e il tempo per sequenziare un genoma sono passati da 3-400mila dollari per un mese di lavoro, a circa 1000 dollari per circa un giorno di lavoro-macchina e che un sequenziatore di ultima generazione scansiona 20mila genomi all'anno a un livello elevatissimo di precisione. A questi costi e tempi si deve aggiungere ovviamente l'analisi bioinformatica per dare significato al testo scritto in un genoma.

Cosa ne verrà dai progetti che finanziano il sequenziamento e l'analisi bioinformatica di migliaia e in prospettiva milioni di genomi è in parte prevedibile e in parte no. Non sono prevedibili gli avanzamenti conoscitivi, di sicuro straordinari, e le ricadute applicative di una comprensione più avanzata di come il genoma governa la biologia umana. Di certo, perché sta già accadendo, migliorerà la sicurezza e l'efficacia e si ridurranno i costi della medicina. Infatti, essendo noi il risultato dell'evoluzione biologica, che a sua volta funziona come aveva capito Darwin, le variazioni genetiche individuali sono la norma. Non l'eccezione. Ognuno di noi, a parte i gemelli monocoriali, ha un genoma unico di partenza, che risulta dalla ricombinazione di metà dei genomi dei genitori, più mutazioni o alterazioni incidentali. Queste possono dar luogo, quando le sequenze sono tradotte in proteine che tengono dinamicamente insieme il corpo, a un funzionamento grosso modo accettabile (salute) o invece a qualche anomalia fisiologica e quindi a una malattia o a una predisposizione ad ammalare in un futuro più o meno indefinito o, ancora, a una reazione anomala a un farmaco. Sono già migliaia i geni conosciuti e implicati in diverse malattie, dai tumori alle malattie cardiovascolari a quelle neurodegenerative o mentali. E sono centinaia i geni che controllano la capacità individuale di rispondere o meno a un farmaco, ovvero di subire effetti collaterali assumendo il farmaco, o di ammalare, se ci si espone a un fattore ambientale.

Grazie all'ampliamento delle conoscenze sulle variazioni genetiche, e quindi allo sviluppo di test che diventeranno sempre più precisi, si potranno prendere decisioni più efficaci e consapevoli per trattamenti e prevenzione e perciò «mirare» su chi è a rischio di ammalare o può essere trattato con un farmaco o non deve esporsi a specifici fattori di rischio. Che si chiami di precisione o personalizzata, questa sarà la medicina futuro, mirata sul paziente.



CORRIERE DELLA SERA.it

15-12-2015
Lettori
57.304

http://www.corriere.it/salute/

Scoperte tre nuove molecole per i casi più difficili di artrite reumatoide

Studiate dai ricercatori dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e del Policlinico Gemelli insieme a colleghi del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Ridotti gli effetti collaterali. Sono già oggetto di brevetto e diventeranno un farmaco

di Redazione Salute online

Una ricerca interamente italiana ha scoperto tre nuove classi di molecole efficaci contro i casi più critici di artrite reumatoide: è stata portata avanti dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e del Policlinico "Agostino Gemelli" di Roma in collaborazione con colleghi dell'Istituto di Chimica del Riconoscimento Molecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Icrm-Cnr) di Roma. Le tre molecole, già coperte da brevetto, diventeranno dei farmaci grazie all'azienda farmaceutica italiana Galsor Srl.

Le terapie in uso per l'artrite

L'Artrite Reumatoide è una patologia infiammatoria progressiva, di origine autoimmune, che interessa principalmente le articolazioni e coinvolge tutti gli organi e apparati. Circa il 40% dei pazienti condivide, come comune fattore genetico predisponente, una variante associata a una forma più grave di malattia e che risponde meno ai farmaci attualmente in uso che sono di due tipi: quelli capaci di rallentare

l’infiammazione e quelli biologici che bloccano i mediatori più importanti dell’infiammazione. Tali trattamenti, bloccando in maniera non-specifica la risposta infiammatoria, provocano frequenti effetti collaterali. Inoltre i farmaci biologici attualmente disponibili hanno un elevato costo per il SSN. È proprio questa categoria di pazienti che ricaverebbe beneficio dalle nuove molecole messe a punto dal team dell’Università Cattolica-Policlinico Gemelli-Cnr.

Nuove speranze per i pazienti, ma serve tempo

«Per selezionare i principi attivi di potenziali nuovi farmaci, abbiamo usato la tecnica dello screening virtuale, selezionando da una libreria virtuale, contenente centinaia di migliaia di composti, le molecole la cui forma tridimensionale si adatta bene al bersaglio farmacologico specifico, come in un puzzle», spiega la dottoressa Maria Cristina De Rosa, dell’Icrm-Cnr. «Il farmaco sarà vantaggioso per una parte consistente e facilmente identificabile dei pazienti, aumentando l’efficacia e riducendo gli effetti collaterali e i costi dell’approccio attuale», sottolinea il professor Gianfranco Ferraccioli, Ordinario di Reumatologia all’Università Cattolica e Direttore del Polo Urologia, Nefrologia e Specialità Mediche del Policlinico “A. Gemelli”.

Per realizzazione e sperimentazione del farmaco serviranno alcuni anni: «È difficile in questa fase stabilire con esattezza il tempo necessario – dichiara l’Ad di Galsor Srl Sandro Soriano - ma abbiamo programmato le varie fasi di sviluppo in circa nove anni. A ogni modo, faremo di tutto per accorciare questi tempi quanto possibile».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 79.178
Diffusione 10/2015: 39.702
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

16-DIC-2015
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Spese sanitarie, niente indebite detrazioni

Trasmissione spese sanitarie 2015 niente sanzioni per gli errori lievi. I medici e le strutture sanitarie conquistano così l'esonero dalle sanzioni amministrative per il primo invio dei dati necessari alla fase due della precompilata. Tutto ciò grazie all'estensione, anche a queste figure professionali, dell'emendamento introdotto nella legge di stabilità 2016 finalizzato ad alleviare il carico sanzionatorio dei sostituti d'imposta per il primo anno di applicazione del nuovo sistema di invio delle informazioni all'anagrafe tributaria (si veda *ItaliaOggi* di ieri).

Perché l'errato o il tardivo invio dei dati afferenti le spese sanitarie sia esente da sanzioni occorre che lo stesso non abbia generato una indebita detrazione o deduzione all'interno del 730 precompilato per il periodo d'imposta 2015. Provando a interpretare il senso della disposizione in questione si può ritenere che nell'ambito delle spese sanitarie, siano esse per prestazioni mediche che per acquisto di farmaci, il ritardo nella trasmissione tramite il sistema tessera sanitaria, ad oggi fissato per il prossimo 31 gennaio 2016, non potrà mai generare una indebita detrazione fiscale a favore di un contribuente. Anzi. Il tardivo o mancato invio del dato potrebbe al contrario danneggiare il contribuente che proprio a causa del mancato inserimento nella sua precompilata della spesa sanitaria sostenuta potrebbe essere costretto a integrarla o a ricorrere al modello 730 tradizionale.

L'errato invio dei dati, si pensi a un codice fiscale errato, potrebbe, in linea più teorica che pratica, generare invece una indebita detrazione dell'imposta sul reddito delle persone fisiche a favore dell'eventuale contribuente titolare dell'errato codice fiscale che vedrebbe inserita nella sua precompilata una spesa sanitaria in realtà mai sostenuta. Molto più probabile invece la possibilità che l'errore di trasmissione riguardi l'importo della spesa medica con la conseguente maggiore e anche indebita detrazione a favore del contribuente destinatario della segnalazione stessa.

Resta il fatto che grazie a tale emendamento la prima trasmissione delle spese mediche al fisco sarà di fatto, esente da sanzioni amministrative. Si tratta infatti di ben 100 euro per ogni comunicazione errata fino a un massimo di 50 mila euro. Ciò non significa che per le professioni sanitarie sia tutto risolto. Resta l'obbligo dell'adempimento che avrà comunque un costo. E resta anche il fatto che, al di là di questa prima tornata di trasmissioni relative al 2015, dal prossimo anno non ci saranno più scudi né protezioni dalle sanzioni amministrative.

Andrea Bongi

healthdesk

15-12-2015

http://www.healthdesk.it/

E-cig: gli effetti sul cervello sono uguali a quelle delle sigarette normali

Uno studio italiano mostra che, quanto a capacità di indurre dipendenza e produrre ansia, le sigarette elettroniche non sono “migliori” di quelle tradizionali

Il vapore della sigaretta elettronica non è innocuo come sembra: l’assunzione di nicotina e la dipendenza sono analoghe a quelle da fumo “normale”, l’effetto ansiogeno è addirittura maggiore, mentre l’astinenza acuta è minore.
È quanto emerge da uno studio condotto da di ricercatori italiani guidato dall’Istituto di neuroscienze del Consiglio nazionale delle ricerche (In-Cnr) e dell’Università Statale di Milano, che ha analizzato gli effetti neurochimici e comportamentali dei vapori di nicotina assunti attraverso la sigaretta elettronica in modelli animali. Lo studio è stato pubblicato

sulla rivista European Neuropsychopharmacology.
«I dati indicano che la sigaretta elettronica non è innocua, che dà una forte dipendenza e che possiede un effetto ansiogeno rilevante», ha spiegato Mariaelvina Sala dell'Università Statale di Milano. «I due trattamenti, con sigaretta elettronica o convenzionale, su un gruppo di topi sottoposto a quantità di nicotina simili a quelle assunte da un fumatore nell'arco di due mesi sono confrontabili tra di loro, sia per quanto riguarda l'assunzione di nicotina sia per il grado di dipendenza che generano, mentre i test comportamentali indicano che l'astinenza acuta da sospensione di sigaretta elettronica è minore rispetto a quella indotta dal fumo "normale", come pure il deficit cognitivo. A fronte di questi dati positivi è stato però riscontrato un maggior aumento dell'ansia e dei comportamenti compulsivi nel caso di sospensione del vapore di sigaretta elettronica, osservabile anche dopo lungo tempo dall'interruzione. Questo indica che nel fumo di tabacco e nel vapore di sigaretta elettronica sono presenti, oltre alla nicotina, composti finora non identificati che possono provocare queste diverse risposte», ha concluso la ricercatrice.

Il fumo di tabacco produce milioni di morti ogni anno, circa 70.000 in Italia. La sigaretta elettronica è inizialmente parsa come un sostituto inoffensivo. «I nostri esperimenti hanno monitorato alcuni effetti di questi trattamenti sul cervello, ma è necessario ricordare che la nicotina ha anche importanti effetti sullo sviluppo del sistema nervoso e che un trattamento involontario del feto, del neonato e del bambino con vapori di nicotina ritenuti innocui potrebbe avere conseguenze importanti nel comportamento da adulti di questi soggetti», ha precisato Gotti Cecilia Gotti, dell'In-Cnr. «Non va poi dimenticata l'azione pro-tumorale svolta dalla nicotina e i suoi metaboliti attraverso la liberazione di fattori infiammatori, stimolanti la crescita di cellule tumorali e la sua tossicità cutanea e gastrointestinale».

Un ultimo aspetto da non trascurare, per i ricercatori, è poi rappresentato dalle sostanze aggiunte nel vapore di nicotina delle sigarette elettroniche: non sono note né codificate e sarebbe pertanto necessario predisporre regole e controlli affinché le sigarette elettroniche rappresentino una vera alternativa al fumo di sigaretta convenzionale piuttosto che un pericolo ancora ignoto.

quotidianosanità.it

Martedì 15 DICEMBRE 2015

Palermo. Sbagliano dosi farmaco antitumorale e la paziente muore. Medici e infermieri condannati in primo grado con pene da 4 a 7 anni

Tutto nasce da un errore di trascrizione che ha portato a somministrare 90 anziché 9 mg di un antitumorale. Non vi sono stati meccanismi tali da impedire l'errore in tutta la filiera di cura. La paziente aveva 34 anni ed era affetta da linfoma di Hodgkin. Ma la durezza della pena, che è andata ben oltre alle richieste della pubblica accusa, impone una riflessione proprio sull'entità della pena stessa che si assume come "esemplare"

Il fatto risale al 2011 ed è accaduto al Policlinico Giaccone di Palermo e ha coinvolto un'intera equipe di cura: medici strutturati, medici specializzandi, infermiere addetti alla preparazione degli antiblastici, infermiere somministrante e, financo, uno studente di medicina. Tutta la vicenda è ruotata intorno a un errore di trascrizione che ha portato a somministrare 90 anziché 9 mg di Vinblastina.

Non vi sono stati meccanismi tali da impedire l'errore in tutta la filiera di cura che ha quindi portato a morte una giovane donna affetta da linfoma di Hodgkin. L'organizzazione è risultata totalmente estranea alla vicenda processuale pur rilevando gravissime lacune che hanno contribuito a causare l'evento.

Proprio in seguito a questa vicenda il Ministero della Salute ha emanato nel 2012 la Raccomandazione n. 14 denominata "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici".

Mi riservo di commentare adeguatamente tutta la vicenda quando usciranno – entro novanta giorni – le motivazioni della sentenza di primo grado emessa ieri a Palermo e informo che essendo stato consulente di uno degli imputati posso osservare la vicenda con un certo conflitto di interessi.

In questa sede non posso non rilevare però le "condanne record" che verosimilmente non hanno eguali nella storia della responsabilità professionale sanitaria. Cinque anni ai medici specializzandi (più due anni per falso ideologico per uno di loro), quattro anni e sei mesi al "titolare della struttura semplice" (unico medico strutturato coinvolto) e quattro anni alle due infermiere, più pesanti condanne accessorie di interdizione alla professione per tutti i professionisti coinvolti (per un numero di anni pari alla condanna). Assoluzione per lo studente di medicina.

Da un punto di vista civilistico anche un risarcimento danni che sfiora i due milioni di euro.

Quello che mi preme commentare sono i titoli di alcuni giornali che riportano i commenti di soddisfazione dei parenti che parlano di "condanna esemplare". I parenti delle vittime delle attività sanitarie hanno tutte le ragioni per esprimere giudizi, anche pesanti, sull'operato dei professionisti sanitari e dell'organizzazione. Una riflessione comunque si impone.

Chi scrive è sempre stato critico sui provvedimenti legislativi che hanno in parte depenalizzato l'attività degli "esercenti le professioni sanitarie" come in questi ultimi anni il legislatore ama chiamare i

professionisti sanitari. Critico sia con la legge Balduzzi che con il ddl "Gelli".

Quanto accaduto a Palermo non può però non fare riflettere sulla funzione della pena nei reati colposi. La durezza della pena, che è andata ben oltre alle richieste della pubblica accusa, impone una riflessione proprio sull'entità della pena stessa che si assume come "esemplare". Una pena esemplare è una pena che rischia di essere profondamente anticostituzionale in quanto qui siamo ben oltre la riconosciuta necessità di una pena che abbia una funzione "generalpreventiva" e "retributiva" ma siamo, appunto, in presenza di una condanna-monito: deve essere di esempio a tutti.

La pena risulta quindi, nel caso di specie, sproporzionata rispetto ai fatti colposi commessi ma evidentemente proporzionata rispetto alla finalità generale che si vuole perseguire. Pena quindi che serve per una finalità generale e che eccede il caso specifico. Mi riferisco, è fondamentale precisarlo, ai fatti colposi, agli errori, all'imperizia, alla negligenza che hanno caratterizzato una buona parte degli eventi. Non mi riferisco ai comportamenti successivi di alcuni dei condannati che hanno nascosto l'errore alla paziente e ai suoi familiari, comportamento per cui nessuna scusa può essere accampata tanto è grave la situazione.
Anche le sanzioni accessorie dell'interdizione dall'esercizio della professione colpiscono profondamente: stiamo parlando di un numero di anni che è stato stabilito da quattro a sette anni.

Queste sono pene che devono tendere alla rieducazione del condannato come stabilisce la Costituzione o siamo nella sproporzione assoluta rispetto agli autori del fatto-reato?

Vi è infine da domandarsi cosa sarebbe accaduto se fossero state in vigore le norme del ddl Gelli e se la vicenda processuale poteva finire diversamente. Probabilmente non sarebbe stato diverso in quanto il ddl Gelli depenalizza la colpa grave solo quando siano state "rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali". E' vero che all'epoca della commissione del fatto le "Raccomandazioni" (vista la finalità che hanno sono da considerarsi " buone pratiche") non erano state emanate ma tutta l'organizzazione posta in essere al Policlinico di Palermo non rispettava le "buone pratiche": unità di preparazione antiblastici non a norma, day hospital oncologico previsto solo con un medico strutturato (che ovviamente non poteva essere sempre presente), trascrizioni di terapie etc.

E' l'esemplarità della pena il vero punto critico della sentenza di Palermo. Per i professionisti sanitari –*rectius* gli "esercenti le professioni sanitarie" – che lavorano in organizzazioni fortemente carenti da un punto di vista della sicurezza delle cure vi è la certezza di rispondere personalmente degli "eventi avversi" avendo altrettanta certezza della non responsabilità da attribuire a chi ha il compito istituzionale di porre in essere una organizzazione del lavoro che disincentivi gli errori.

Luca Benci
Giurista