il Giornale.it

08-03-2015
Lettori
249.071

http://www.ilgiornale.it/news

Lorenzin: "Proporrò aumento del bonus bebè fino a 5 anni"

In vista della festa della donna, il ministro ha parlato della condizione delle donne lavoratrici e propone di aumentare il bonus bebè

Dopo la nascita dei figli, **Francesco** e **Lavinia**, il ministro Lorenzin sembra aver cambiato le priorità della sua **agenda politica**: "*Proporrò un aumento del bonus bebè, che cresca anche nel tempo. Dobbiamo cioè pensare a misure di sgravio per la famiglia, per la genitorialità, per i bambini fino ai cinque anni e non solo per i primi mesi di vita*". Lo ha detto oggi a Roma a margine di un evento **Farmindustria** dedicato alle donne.
Alla vigilia della giornata dell'8 marzo, in cui si **festeggia la donna**, il ministro ha affrontato il tema tanto importante quanto spinoso delle **donne che lavorano**: "*Le donne* - ha detto Lorenzin - *hanno infatti un carico di presa in cura sia nei confronti degli anziani sia dei bambini. Ciò crea dunque dei problemi. Far lavorare una donna fino a 70 anni* - ha sottolineato -*è molto di più che usurante: diventerà un tema serissimo su cui bisogna riflettere*". Dunque, ha aggiunto, "*Bisogna rivedere tutta la macchina del welfare e avere una visione per il nostro Paese che sia a venti anni e non a breve termine*". "*Attualmente il sistema vede i nonni che si occupano dei bambini* - ha aggiunto - *ma dobbiamo considerare che le donne lavoreranno fino a 70 anni e non potranno più badare ai propri nipoti. I numeri ci dicono che possiamo mettere anche qualcosa di più dato che nascono sempre meno bambini*".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 148.885
Diffusione 01/2016: 115.363
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-MAR-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Violenza contro le donne È l'8 marzo dell'impegno

Un terzo subisce soprusi. «Basta con le paure»

le iniziative di oggi

MUSEI

L'annuncio del ministro: ingressi gratis per tutte

«Da quest'anno i musei statali saranno gratuiti per le donne ogni 8 marzo». Il ministro Dario Franceschini ha annunciato l'iniziativa del Ministero dei Beni culturali, invitando i direttori dei musei ad organizzare visite, eventi e manifestazioni a tema nei luoghi della cultura statali per sottolineare il rilievo di questa giornata dedicata alle donne.

OSPEDALI

Esami e visite "libere" da Nord a Sud

Dal Policlinico di Palermo al San Camillo e all'Israelitico di Roma passando per il Centro Diagnostico italiano e le unità mobili presenti nelle piazze principali di Firenze, Brescia, Milano. Festa della donna anche all'insegna della prevenzione e della difesa della salute, con esami e possibilità di prenotare visite gratuite quasi ovunque.

LAVORO

Sindacati e cooperative: le opportunità in rosa

La Cisl ha deciso di sostenere quest'anno il progetto della "Casa Speranza" di Vercelli, una struttura dedicata alla tutela e alla protezione delle donne vittime di abusi e violenze, mentre Confcooperative ha ricordato che nelle imprese del terzo settore è donna il 61% delle persone occupate.

COMUNICAZIONE

Palinsesti tv e Internet: una giornata "ad hoc"

Un palinsesto dedicato, dai talk show ai tg fino alla radio: la Rai oggi celebra la festa della donna con una programmazione tutta in "rosa". Le principali compagnie telefoniche (Tim e Vodafone) offrono Internet gratis a tutte le abbonate e Google dedica a 337 donne "speciali" il suo tradizionale doodle (l'immagine di homepage).

Dopo il caso di Colonia, una ricerca dell'Università di Monaco fotografa minacce e intimidazioni subite dalla popolazione femminile

VIVIANA DALOISO

Tredici milioni di donne schiaffeggiate, afferrate per i capelli, ferite, colpite in un solo anno. Quasi quattro milioni abusate sessualmente. Un terzo della popolazione femminile vittima di violenza, almeno una volta, nella vita. Oltre la metà sottoposta a insulti, umiliazioni, vessazioni. C'è un'Europa indifferente ai diritti e alla dignità al genere femminile. Troppo facile arrendersi al sillogismo nato a Colonia lo scorso Capodanno: le violenze di quella notte sono state compiute da stranieri, tutte le violenze vengono compiute da stranieri. Eppure il dibattito mai s'è fatto più pressante, sui giornali e in tv, come in quei giorni. Per poi scomparire.

La verità fin troppo evidente è che c'è violenza sulle donne tutti i giorni, dappertutto. Non solo c'è stata a Colonia, non solo c'è oggi perché è l'8 marzo. I numeri parlano chiaro: a fronte di una diminuzione dei reati contro la persona, negli ultimi 5 anni il fenomeno è andato aumentando i tutti i Paesi dell'Unione Europea: +3,8% dal 2008, con un'impennata del 6% tra il 2012 e il 2013 (dati Eurostat). Drammatiche, in particolare, le percentuali che riguardano gli stupri: +16%. Ci sono ricerche, come quella effettuata dall'Università di Monaco, secondo cui tanta aggressività dipenderebbe dall'aumento della disoccupazione: frustrazione e mancanza di relazioni sociali, ecco che gli uomini diventano belve. Ma queste belve sono soprattutto fidanzati e mariti: le statistiche dell'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali dicono che nel 22% dei casi le donne hanno subito violenze proprio da loro. Nel caso delle violenze psicologiche – insulti, umiliazioni – la percentuale sale a 32%: riguarda una donna su tre.

L'Italia, per una volta, non è maglia nera. Paesi insospettabili come la Danimarca, la Finlandia, la Svezia, la Francia e la stessa Germania ci superano nei grafici realizzati a Bruxelles, attestandosi su numeri impressionanti: fino al 45% delle donne vittime di violenze fisiche o sessuali almeno una volta dai 15 anni di età. Noi ci "fermiamo" al 27%, che comunque è un numero enorme: sarebbero stati 22.864 gli episodi di violenza sessuale consumati complessivamente tra il 2010 e il 2015 (dati Demoskopika), in media circa 15 casi al giorno con vittime principalmente le donne di nazionalità italiana (68%). E in 6mila casi si tratterebbe di minorenni. La denuncia resta ancora il nodo da sciogliere. Proprio nei giorni scorsi a Milano, dove è attivo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 148.885
Diffusione 01/2016: 115.363
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-MAR-2016
da pag. 11
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

presso il Pronto soccorso ostetrico-ginecologico della clinica Mangiagalli il Soccorso violenza sessuale e domestica (Svsed), sono stati riportati risultati incoraggianti: in quasi il 90% dei casi di denuncia si è arrivati alla condanna dell'aggressore. «I dati devono anche rassicurare – ha spiegato la responsabile dello Svsed, Alessandra Kustermann –. Vorrei che le donne non avessero paura di chiedere aiuto, di seguire un percorso per uscire dalla spirale della violenza e per salvare anche i figli». Lo fanno le oltre 16mila che anche quest'anno si sono rivolte ai centri anti violenza che fanno capo a D.i.Re. (Donne in rete contro la violenza): «È un numero costante – spiega il presidente, Titti Carrano –. Questo significa che il fenomeno della violenza di genere è strutturale all'interno della società e non è una questione d'emergenze come a volte viene rappresentato o percepito». Ma mancano interventi legislativi mirati, politiche a lungo termine e soprattutto manca un cambio di rotta nella cultura del rispetto della donna. Che – associazioni e operatori del settore non hanno dubbi – dovrebbe iniziare a scuola.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 32.401
Diffusione 12/2015: 16.232
Lettori Ed. III 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO
Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

08-MAR-2016
da pag. 21
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Speciale Donna

Evento Un settore strategico di Farmindustria

Farmaceutica «rosa» un modello vincente

43% di occupate: vere pari opportunità

Tre giovani ricercatrici
Su 450 domande, premiate con 10 mila euro ciascuna

L'industria farmaceutica è un'industria in rosa e punta sempre più sulle capacità e sulle competenze delle donne, oltre che alla medicina di genere. L'82% degli insegnanti è rappresentato da donne, ma solo il 65% dei dirigenti scolastici sono donne. Il palleggio di affermazioni è avvenuto ieri, alla vigilia dell'8 marzo, sul «campo» di Farmindustria durante l'incontro «Le donne x la farmaceutica, la farmaceutica x le donne», che ha visto la partecipazione di due ministre: Beatrice Lorenzin, alla Salute (con la piccola Lavinia tra le braccia che ha già fatto subire la prima "discriminazione" al gemellino Francesco) e Stefania Giannini all'Istruzione.

A tracciare il bilancio al femminile del settore industriale del farmaco è stato il presidente di farmindustria Massimo Scaccabarozzi: «Nella farmaceutica le pari opportunità non sono uno slogan. I farmaci in sviluppo per le patologie maggiormente presenti nelle donne sono più di 850 nel mondo. E le donne sono il 43% degli addetti totali, con una quota di laureate o diplomate superiore al 90%. Spesso con incarichi di primo piano. Nella ricerca, cuore pulsante del settore, superano addirittura il 50%. Dato che dimostra la spinta innovativa che può venire dalle donne, grazie al loro entusiasmo e alla creatività e tenacia». L'industria farmaceutica, ha ribadito Scaccabarozzi «tutela le donne. Prevedendo ad esempio, in caso di maternità, periodi di aspettativa più lunghi rispetto alla legge e al Ccnl. O introducendo per le neomamme la possibilità dello smart working. Assicurando poi per tutte alcuni servizi come quelli di medicina preventiva focalizzati sulle patologie femminili e quelli per una migliore conciliazione dei tempi di vita e lavoro (asili nido, lavanderia, calzoleria, take away).

L'attivismo scientifico del settore, secondo il ministro Giannini, dimostra con i numeri il grande lavoro che si sta facendo in Italia, membro autorevole di una comunità scientifica internazionale anche grazie al sistema integrato nella ricerca in cui non c'è confine tra pubblico e privato.

Realistica l'analisi di Nathalie Dompé, intervenuta come rappresentante delle «manager donne» della farmaceutica insieme a Franziska Khevenhuller di Ibi Giovanni Lorenzini, Chiara Montegelli di Kedrion, Anna Maria Porrini di Boehringer Ingelheim Italia e anche Nicoletta Luppi di Msd Italia: «Abbiamo delle sfide enormi di fronte a noi soprattutto come donne: il crollo della natalità, la necessità di fare prevenzione all'interno delle famiglie, la medicina di genere. Tutti fattori diversi di grande importanza, che hanno un filo comune, che se riusciremo a seguire riusciremo a stare al passo».

Ed infatti il ministro Lorenzin ha definito la donna il «care manager»: «Il quadro demografico desolante dovrebbe essere la nostra prima preoccupazione. Quindi occorre sia guardare alla crescente popolazione anziana, fatta soprattutto da donne, e a politiche per la natalità che ci portino un nuovo baby boom, dato che a oggi nemmeno le nascite dalle persone immigrate ce la fanno a crearlo». Per questo la Lorenzin proporrà al suo governo (dove la presenza femminile è importante ma, ha ammesso, in politica mancano ancora tante donne) sia un aumento del bonus bebè at-

Speciale Donna
È l'8 marzo, non solo mimose per lei

Speciale Donna
L'altra metà del cielo che non festeggia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 32.401
Diffusione 12/2015: 16.232
Lettori Ed. III 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

08-MAR-2016
da pag. 21
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

tualmente pari ad 80 euro, sia un aumento nel tempo. Inoltre, secondo il ministro «dobbiamo puntare sulla medicina di genere, siamo diversi, e curare una donna è diverso che curare un uomo. Le donne, è vero, vivono di più, ma vivono peggio i loro ultimi anni. Servono iniziative (come quella della giornata per la salute della donna il 22 aprile) un grande progetto di prevenzione». In occasione dell'incontro sono stati consegnati i premi Farmindustria-Telethon dedicati a giovani ricercatrici del settore pubblico. Con 10.000 euro a testa, su 450 domande, sono state premiate tre scienziate: Donella Puliti, Jenny Sassone e Maria Nicastro.

Le domande sono state valutate da una Commissione composta da tre esperti del settore: Francesca Pasinelli, direttore generale Fondazione Telethon; Flavia Franconi, coordinatrice del gruppo Farmacologia di genere della Società italiana di farmacologia (Sif); Adriana Albini, direttore scientifico Fondazione MultiMedica Onlus.

Sar.Bir.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 07 MARZO 2016

Medici. Una professione ‘senior’. Il 40% ha più di 60 anni, soprattutto maschi. E il futuro sarà 'rosa'

La fotografia della Federazione. Un medico maschio su due è over 60. E il futuro parla rosa: le donne medico under 40 sono 45.220 mentre i colleghi maschi sono solo 26.872. Odontoiatri: un mestiere sempre al maschile. Sono quasi il doppio gli odontoiatri maschi (20.529) rispetto alle donne che sono 10.782.

Quanti sono, in che fasce di età si trovano e che sesso hanno i medici e gli odontoiatri italiani? A queste domande risponde la Fnomceo con una piccola elaborazione aggiornata al 4 febbraio 2016 in cui scatta la fotografia demografica dei camici bianchi.

Medici. In totale sono tra uomini e donne 358.363 di cui 207.178 uomini e 151.185 donne. Il 40% ha più di 60 anni.
Ma nello specifico la fotografia ci mostra anche come i maschi, seppur ancora oggi sempre più numerosi (circa il 37% in più) sono anche i più vecchi e con un ricambio che non consentirà forse più alcuni numeri nei prossimi decenni. I medici maschi over 60 infatti sono 105.108 (il 50,8%). Mentre le donne medico over 60 sono invece solo 35.108 (il 23,3%).

La professione medica del futuro sarà inevitabilmente più al femminile. Le donne medico under 40 sono 45.220 (il 30% di tutte le donne medico) mentre i colleghi maschi sono 26.872 (appena il 13% di tutti i medici maschi)

Odontoiatri. Sono quasi il doppio gli odontoiatri maschi (20.529) rispetto alle donne che sono 10.782. Rispetto ai medici la professione vede un ricambio generazionale più omogeneo con una prevalenza però ancora per gli odontoiatri maschi anche tra i giovani.

Doppi iscritti. Fenomeno ancora più marcato rispetto a quanti hanno la doppia iscrizione: Gli uomini sono 24.304, le donne 4.624.

Doctor33

08-03-2016

http://www.doctor33.it/

FARMACI INNOVATIVI, L'EMA LANCIA PRIME PER ACCELERARE AUTORIZZAZIONE E PRODUZIONE

L'Agenzia europea per i medicinali (Ema) ha lanciato ieri lo schema Prime (Priority medicines) per supportare le priorità della Commissione europea e facilitare la messa a disposizione dei più promettenti tra i nuovi farmaci per i pazienti. Lo schema si focalizza infatti su quei medicinali che sembrano offrire un importante vantaggio terapeutico rispetto a quelli già esistenti oppure che offrono un'opzione terapeutica laddove finora non ce n'era alcuna disponibile. Attraverso Prime, l'Ema offre un supporto tempestivo, proattivo e potenziato alle aziende che sviluppano farmaci affinché venga ottimizzato il processo che porta alla produzione di dati solidi e affidabili riguardo ai benefici e ai rischi e rende possibile un controllo rapido delle applicazioni dei farmaci. L'ultimo beneficiario sarà il paziente, che potrà accedere il prima possibile di quelle terapie che possono migliorare in modo significativo la qualità della sua vita.

È proprio questo aspetto a essere sottolineato da **Vytenis Andriukaitis**, Commissario europeo per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea: «Il lancio di Prime è un passo fondamentale verso i pazienti e i loro familiari che da tempo hanno atteso la possibilità di accedere rapidamente a trattamenti sicuri per i loro bisogni di salute, come accade nel caso di rare forme tumorali che non trovavano risposte nei farmaci già esistenti. Attraverso un potenziamento del supporto scientifico questo schema può anche aiutare, per esempio, a ad accelerare lo sviluppo e l'autorizzazione di nuove classi di antibiotici e delle loro alternative, in un era di crescente resistenze antimicrobica».

Gli fa eco il Direttore esecutivo dell'Ema **Guido Rasi**: «Il nostro obiettivo è di promuovere una migliore pianificazione nelle sviluppo dei farmaci per aiutare le aziende produttrici a generare i dati di alta qualità di cui abbiamo bisogno per controllare la qualità, la sicurezza e l'efficacia delle medicine».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 362.170
Diffusione 12/2015: 255.383
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

08-MAR-2016
da pag. 47
foglio 1
www.datastampa.it

> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

SE I MALATI NON SI FIDANO LA COLPA È DEI MEDICI

L'OSTILITÀ che i medici leggono sul volto di alcuni pazienti è palese: non si fidano e lo fanno capire. Vanno su Internet e quel che trovano, un fritto misto di nutrienti, integratori, vaccini, farmaci, tecnologie, malattie, prestazioni sessuali, autismo, cancro ecc. ne condiziona umore e comportamenti, incentivando la diffidenza. Internet vende speranze e alimenta ansie, sfrutta curiosità e bisogni, afferma il falso e mostra l'improbabile come facile da ottenere. Mamme disperate per esami del sangue marcati da asterisco, temono leucemie inesistenti e rifiutano i vaccini. Padri contrari agli antibiotici "per principio", mettono i figli a rischio di gravi conseguenze. L'automedicazione è un monumento sociale ad ignoranza e pregiudizi. Tutto vero, ma i medici dovrebbero chiedersi: «Sarà anche colpa nostra?». Forse sì, per almeno tre ragioni: 1) è opaca la relazione che le società scientifiche hanno con l'industria alimentare e farmaceutica; 2) sono troppi gli episodi di negligenza che i pazienti vivono sulla propria pelle; 3) sono troppi i laureati in medicina che non si attengono ad alcun rigore scientifico, vendendo piuttosto "aria fritta" a caro prezzo. La relazione tra Medicina e Danaro equivale a ballare il Tango col porcospino: grande ritmo, molta passione, ma tanti dolori. Diffidate sempre dei ballerini! Meglio affidarsi a medici umili, scrupolosi, prudenti, pieni di buon senso, capaci di attendere prima di intervenire e soprattutto in grado di rassicurarvi su ciò che ignorate e che internet non potrà mai insegnarvi, perché non è un medico di fiducia.

camici.pigiami@gmail.com

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 362.170
Diffusione 12/2015: 255.383
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

08-MAR-2016
da pag. 45
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'emergenza. Un fondo speciale per i nuovi anticancro ricavato dalle accise sul fumo. È la buona idea degli oncologi. Ma non risolve. Eppure il sistema c'è. Eccolo

Aiuto, l'ospedale ha finito i farmaci utili

Si deve risparmiare in farmacia. Per avere le innovazioni

DANIELA MINERVA

QUARANTUNO mila nuovi casi di tumore al polmone nel solo 2015. Che vanno a sommarsi ai tantissimi già diagnosticati. E un farmaco; capostipite di una famiglia cui se ne aggiungeranno altri ugualmente potenti e ugualmente costosi. Il prezzo pagato in Germania è di 7.500 euro al mese, con terapie che durano anche un anno. In Italia il costo andrà in *Gazzetta Ufficiale* a giorni, ma non si discosterà di molto da quello tedesco. E poi, non è solo il nivolumab a sbancare le Asl: la spesa per i farmaci oncologici arriva a circa 4 miliardi di euro l'anno. Così tanti che i soldi messi a budget finiscono ben prima di Natale col risultato, confermano gli oncologi, che a partire da un certo mese in poi le medicine più innovative si centellinano. Sono quindi gli stessi oncologi medici oggi a fare una proposta: istituire un Fondo speciale per i nuovi farmaci contro i tumori andando a prendere i soldi nella causa principale del cancro del polmone, il fumo. La loro associazione (Aiom) chiede di destinare a questo un centesimo a sigaretta. E sarebbero molti soldi se si calcola che oggi arrivano dalle accise sul tabacco, destinate a diverse e non sempre indispensabili funzioni, ben 11 miliardi di euro. Una piccolissima parte basterebbe a dare respiro alle casse degli ospedali: nel nostro paese si vendono circa 140 milioni di sigarette al giorno. Non solo, usare i soldi del fumo per curare il cancro, magari scrivendolo sul pacchetto, sarebbe un altro escamotage cognitivo per legare le due cose, con un effetto disincentivante. Insomma, questo Fondo speciale sembra un buon modo per tappare un buco e dar fiato alle Asl, per ora però.

Già, perché un Fondo speciale è già stato istituito l'anno scorso per i superfarmaci contro l'epatite C. L'anno prossimo, si prevede, arriveranno medicine efficaci contro l'Alzheimer: costeranno tantissimo e allora cosa faremo, un altro Fondo speciale? Il fatto è che il budget per coprire i costi delle medicine degli ospedali è troppo basso. Per capire cosa sta succedendo bisogna fare un passo indietro. Qualche anno fa per evitare che col loro marketing aggressivo le aziende convincessero i dottori a spendere e spandere, l'Aifa mise fine al rimborso a pié di lista e, basandosi sul bisogno reale, istituì la bestia nera delle industrie: il tetto. Ovvero, la spesa farmaceutica non doveva superare una data percentuale della spesa sanitaria totale. In seguito si passò però, per dar retta alle industrie, a dividere i tetti, uno per la spesa degli ospedali e uno per quella convenzionata (in farmacia). Oggi i tetti sono rispettivamente al 3,5 e all'11,35 per cento. Ma il fatto è che la spesa in farmacia è più o meno sotto controllo mentre quella degli ospedali sfonda oltre il 5. Inevitabile mettere più soldi nel settore? No. Perché in farmacia c'è ancora molto risparmio possibile. Altrimenti non saremmo il fanalino di coda nel consumo dei farmaci generici in Europa e non avremmo i prezzi dei generici più alti d'Europa. E allora perché non fare un tetto unico? Gli economisti sanitari hanno fatto i conti e scoperto che si potrebbe senza traumi portare il tetto della convenzionata all'8 e aumentare quello degli ospedali fino al 5,5. Totale, sempre 13,5. Per rendere strutturale la possibilità di curare i malati con farmaci innovativi e non aver bisogno di Fondi speciali. Semplice. Ma non si può fare perché le aziende non lo accetterebbero. A ben guardare, però, a rifiutare l'idea sono le aziende che vendono prodotti non innovativi, magari utilissimi. Sulle barricate contro ci sono soprattutto le italiane, ma anche le Big Pharma che ancora contano sui vecchi best seller. È sufficiente a lasciare i malati senza farmaci? In questa fase si fa ricorso ai Fondi speciali e tutti i pazienti li salutano con gioia. Ma forse Aifa e ministero della Salute dovrebbero pensare a come cambiare le regole, per premiare chi innova sul serio e riuscire a curare tutti, come da Costituzione.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

8 marzo 2016
NUMERO 42 | ANNO 10

adnkronos salute

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

'Formula matematica' per nuovi farmaci affama-cancro

Scienziati del Politecnico sviluppano un modello dell'angiogenesi

Una 'formula matematica' per orientarsi nel labirinto dei vasi sanguigni che portano ossigeno e alimenti al tumore, e per guidare lo sviluppo di nuovi farmaci affama-cancro. L'ha elaborata un gruppo di scienziati del Politecnico di Milano, che ha studiato un nuovo modello matematico del processo di angiogenesi tumorale. Il lavoro, firmato da Pasquale Ciarletta e Chiara Giverso del Laboratorio Mox del Dipartimento di matematica dell'ateneo, è pubblicato su 'Nature Scientific Reports', parzialmente finanziato dal Centro europeo di nanomedicina e dall'Airc-Associazione italiana per la ricerca sul cancro. L'angiogenesi è uno dei tratti più caratteristici dei tumori - ricordano gli autori - e consiste nella capacità di indurre la formazione di nuovi vasi sanguigni che portano nutrimento alla massa tumorale e costituiscono un'ottima via per mandare in circolo le cellule malate responsabili delle metastasi. La nuova vascolatura è molto tortuosa e risulta spesso un ostacolo quasi insormontabile per la somministrazione endovenosa di farmaci antitumorali. "Da un punto di vista matematico - sottolineano gli studiosi - gli attuali modelli di angiogenesi, basati su sistemi di reazione-diffusione, ne forniscono una descrizione insoddisfacente perché necessitano dell'introduzione di regole empiriche di scarso fondamento biologico". Proponendo un nuovo modello teorico e simulazioni numeriche, il lavoro milanese dimostra che, "in maniera del tutto simile alla crescita dendritica di un cristallo di ghiaccio, l'emergenza delle reti capillari ramificate tipiche dei tumori è il risultato di un'instabilità di crescita superficiale. La morfologia della vascolatura tumorale risulta inoltre regolata da un insieme di fattori, meccanici e chimici che agiscono su scale differenti. I risultati forniscono una nuova interpretazione dell'angiogenesi che apre a importanti applicazioni cliniche - auspicano i ricercatori - specialmente per lo sviluppo di nuovi farmaci antitumorali attraverso la rinormalizzazione vascolare".

(P.O.)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 362.170
Diffusione 12/2015: 255.383
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

08-MAR-2016
da pag. 40
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Cuore e reni, organi da fotocopiare il miracolo dei ricambi in 3D

LETIZIA GABAGLIO

RSALUTE

Trapianti. Fegati, reni, cuori: costruiti con le cellule dei malati. Il bioprinting infiamma i laboratori di mezzo mondo. Con una promessa: tra 20 anni sarà realtà

Organi di ricambio stampati in 3D

LETIZIA GABAGLIO

L'OBIETTIVO finale è quello di azzerare le liste di attesa per i trapianti: fegato, reni, cuore potrebbero essere pronti in pochi giorni, realizzati con cellule del paziente grazie a una stampante 3D. Fantascienza? Nel giro di qualche decennio potrebbe essere realtà. Per ora il bioprinting, l'idea di stampare con materiali a base di cellule, sta muovendo i primi passi, ma sia gli analisti di mercato sia gli esperti di tecnologia scommettono sulla sua rapida ascesa. Ne sono prova gli annunci che rimbalzano da un laboratorio all'altro.

Da Mosca arriva la notizia di una tiroide stampata in 3D: messa a punto da Vladimir Mironov, direttore scientifico di 3D Bioprinting Solutions, è stata prima provata per diversi mesi sui topi e i dati hanno dimostrato che non

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 362.170
Diffusione 12/2015: 255.383
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

08-MAR-2016
da pag. 40
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

viene rigettata dagli animali e che funziona, e Mironov ha annunciato di volerne produrre una a base di cellule umane, per poi passare a realizzare anche un rene. Decisamente più avanzata la ricerca di Organovo, l'azienda biotech americana che per prima ha investito nel bioprinting: il suo obiettivo è quello di stampare un fegato. «Per adesso sono riusciti a produrre modelli in vitro di fegato per fare screening di sicurezza di composti chimici o farmaci. Il loro lavoro ha dimostrato che questi modelli in 3D danno risposte molto più accurate e simili a quelle del corpo umano di quanto non facciano i classici modelli di coltura bi-dimensionali o i modelli animali», spiega Lorenzo Moroni, dell'Università di Maastricht, esperto di biofabrication che collabora con uno dei più importanti centri mondiali di manifattura additiva in medicina rigenerativa, il Center for 3D Bioprinting di Utrecht. La realizzazione di piccoli organi per poter testare le medicine è uno dei banchi di prova del bioprinting , ma il miraggio di tutti è la fabbricazione di interi organi da poter trapiantare sui pazienti. «Penso che per vederli dovremo aspettare almeno 20 anni. Ma la strada è tracciata», sottolinea Moroni.

E alla Wake Forest University, nella Carolina del nord, hanno ottenuto un primo modello di tessuto cardiaco con la capacità di pulsare autonomamente. Ora stanno lavorando alla stampa di un intero rene. A Maastricht, dove lavora Moroni, invece, hanno messo a punto un metodo per stampare isole di Langerhans, le cellule del pancreas essenziali per la produzione e la regolazione di insulina. «Dobbiamo trovare il modo per far rigenerare il sistema vascolare e nervoso associati a diversi tipi di tessuti del nostro corpo», spiega il ricercatore.

La complessità degli organi, infatti, non potrà mai essere riprodotta a meno di non imparare a stampare anche i vasi sanguigni e le innervazioni. Un team di Harvard ha proposto una soluzione, almeno per quanto riguarda la vascolarizzazione: usando una stampante e un inchiostro particolare ha creato un pezzetto di tessuto, a partire da cellule della pelle, che contiene delle strutture simili ai vasi sanguigni. La tecnica, descritta su *Advanced Materials*, è stata considerata una rivoluzione in questo campo.

Ma come funziona la biostampa in 3D? Cosa si intende quando si parla di inchiostro? «Il bioprinting è del tutto analogo agli altri processi di stampa tridimensionale – va avanti Moroni – al posto del materiale plastico o ceramico ce n'è però uno che contiene un componente biologico, di solito cellule. Nel caso di un organo per trapianto, potrebbero essere dello stesso paziente, per minimizzare i problemi di rigetto».

Gli ostacoli sul cammino degli organi on demand sono comunque ancora molti. Maggiori soddisfazioni arrivano invece da strutture a base di cartilagine, come le orecchie, il naso, o da quelle ossee come la mandibola, i denti e perfino la scatola cranica. È di pochi mesi fa la notizia di un orecchio stampato da un team della Princeton University e della Johns Hopkins: è composto da cellule umane, idrogel e nanoparticelle di argento che formano l'antenna che permette all'orecchio di captare le onde sonore. Naso e orecchie sono stati prodotti al Morriston Hospital in Galles mentre al MIT stanno lavorando su un idrogel elastico specifico per la stampa di cartilagini. Denti e mandibole in 3D sono già una realtà: impiantati in pochissimi pazienti, ma sembra che i risultati siano duraturi. In questo caso si usano materiali biocompatibili a base di titanio. Mentre è di una sostanza plastica la scatola cranica stampata per una ragazza olandese affetta da una patologia grave che causa l'ispessimento progressivo delle ossa del cranio. La sostituzione è avvenuta ormai 18 mesi fa e la paziente sta bene.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-MAR-2016
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

SENATO/ Audizione del presidente dell'Anac Raffaele Cantone in commissione Igiene

Le mani della mafia sulla sanità

La piovra anche al Nord, Asl inadempienti - De Biasi: «La spending è non rubare»

> *Il piano della prevenzione della corruzione non è solo un meccanismo etico e non permetterà più ai dirigenti della sanità di dire «non lo sapevo», «non avevo capito»*

Corruzione e sanità, il binomio resta purtroppo indissolubile. A Sud come a Nord, dove le cricche del malaffare si spartiscono il bottino negli appalti, negli accreditamenti e in tutte quelle pieghe tra legalità e illegalità in cui la mazzetta e i favoritismi continuano a farsi largo. «La sanità è oggetto da sempre di interesse di gruppi affaristici, del malaffare. A Sud in forme tipicamente legate alla criminalità organizzata, la mafia al Nord lo fa negli appalti e lo fa nella sanità. Ed è indubbio che i fenomeni distorsivi abbiano un costo rispetto ai servizi sanitari». Questo, per Cantone, «è il prezzo del malaffare che è costretto a pagare il Ssn, che invece resta uno dei grandi vanti italiani di cui andare fieri». Parola di **Raffaele Cantone**, il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, in audizione alla commissione Igiene e Sanità del Senato lo scorso giovedì. La missione di Cantone è rendere la lotta alla corruzione una pratica possibile, concreta e non un totem da adorare, astratto e inarrivabile. Per questo nei mesi scorsi insieme all'Agenas, l'anticorruzione ha presentato un "addendum" sanitario al piano nazionale Anac. Regole chiare per chi lavora nella sanità pubblica, trasparenza misurabile e verificabile. «Da tempo la penetrazione delle associazioni mafiose nella pubblica amministrazione comporta degli episodi di corruzione», per questo Cantone ha più volte sottolineato davanti ai senatori, l'importanza dei piani anticorruzione degli enti pubblici: «La normativa anticorruzione è ormai diventata imponente, con il rischio di vanificare gli obiettivi per eccesso di regole. Abbiamo approvato da pochi mesi il nuovo piano nazionale, ora bisogna dare il tempo alla Pa di adeguarsi». Il magistrato Cantone non si è tirato indietro alla domanda specifica dei senatori sul livello reale di applicazione della normativa nelle Asl: «Negli enti sanitari, c'è un altissimo adempimento formale. Stiamo valutando con l'Agenas di avviare ispezioni per verificare cosa c'è di concreto». La sanità è il settore che ha più dipendenti formati a questi obiettivi, personale preposto, manager della trasparenza. «I piani "fotocopiati" da quello nazionale, presentati come puri atti formali non sono utili». Per questo, la sfida dei prossimi mesi sarà il salto di qualità per passare dal livello di rispetto formale alla pratica "sostanziale", con risultati concreti. Nessun dirigente potrà più dire «Non sapevo, non mi ero accorto».

Accreditamenti che "scottano". Nell'esposizione a 360 gradi, non poteva non saltare fuori il tema degli accreditamenti delle strutture private: «Dove la commistione tra privato e pubblico non sempre è lecita», perché ha spiegato: «In sanità, il problema della scelta dei privati accreditati è, in alcuni casi, più difficile da toccare dell'alta tensione. Abbiamo situazioni di monopoli, di potentati, che vigono da sempre e che ormai si sono strutturate». Per questo, l'autorità sta valutando di effettuare attività ispettiva mirata insieme all'Agenas. E Cantone si è riallacciato anche al tema degli appalti sanitari, dove sono partiti i primi commissariamenti come nel caso dell'Ospedale Israelitico di Roma e più di recente in Lombardia, su sollecitazione del governatore Roberto Maroni. E la corruzione insidia un altro ambito apparentemente slegato dalla sanità: i servizi funebri. Sul business del caro estino, il presidente Anac è andato giù senza mezzi termini: «Serve una white list per le imprese in regola, parliamo di un settore dove in alcune zone del Sud l'evasione fiscale è al 500% e oltre il 50% degli operatori è pregiudicato».

Calcolo del prezzo di riferimento: ad altri la patata bollente. E Cantone partendo dal tema del costo (ormai divenuto mitologico) della siringa, e per questo poi rimproverato dalla senatrice Nerina Dirindin, ha lanciato una proposta che sa di resa: «Nei prossimi giorni presenteremo un proposta di modifica al Parlamento per coinvolgere altre istituzioni o per affidare direttamente ad altri soggetti il calcolo del prezzo di riferimento per il settore sanitario, di cui ora si occupa l'Authority anticorruzione».

Alla fine dell'audizione la presidente della commissione **Emilia Grazia De Biasi** «Ringrazio sentitamente Raffaele Cantone per il quadro fatto sulla corruzione in sanità con elementi che ci aiuteranno nel nostro lavoro istituzionale». E ha sottolineato che l'introduzione in Italia del Foia (Freedom of information act) è «un grande strumento di trasparenza e diritto all'accesso degli atti pubblici da parte dei cittadini, perché - ha concluso De Biasi - è emerso chiaramente che la migliore spending review è non rubare».

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-MAR-2016
da pag. 2
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

SALUTE E DIRITTO

Tutta la Cassazione 2015

Massimario civile: le più importanti sentenze sanitarie

Anche quest'anno la Corte di cassazione fa il sunto degli orientamenti giurisprudenziali, con la rassegna quest'anno coordinata dal dott. Giuseppe Fuochi Tinarelli e opera dei magistrati dell'Ufficio del Massimario civile. I riflettori in sanità sono puntati sui grandi temi del diritto alle cure e all'autodeterminazione. La gran parte dei temi affrontati sono i consueti pilastri della responsabilità medica: colpa della struttura, ripartizione dell'onere della prova, consenso del paziente. E nelle aule giudiziarie irrompe il tema dell'«appropriatezza».

FERRARI A PAG. 2-3

RASSEGNA MASSIMARIO CIVILE/ Le principali sentenze emesse dalla Suprema corte

2015: la sanità in Cassazione

Tra tutele e responsabilità clinica l'appropriatezza debutta nei giudizi

Come ogni anno, la Cassazione fa il sunto degli orientamenti giurisprudenziali, con la rassegna quest'anno coordinata dal dott. Giuseppe Fuochi Tinarelli ed è opera dei magistrati dell'Ufficio del Massimario.

I riflettori, in ambito di sanità, sono puntati sui grandi temi del diritto alle cure e all'autodeterminazione.

La gran parte dei temi affrontati sono i consueti pilastri della responsabilità medica: quando la colpa ricade sulla struttura, ripartizione dell'onere della prova e consenso del paziente. Tra le pieghe della giurisprudenza si fa sempre più insistente il tema della valutazione del termine "appropriatezza" al fine di dare concretezza al diritto costituzionale alla salute.

pagine a cura di **Paola Ferrari**
avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alcuni temi affrontati sono i classici della responsabilità medica: responsabilità della struttura, ripartizione dell'onere della prova e consenso informato.

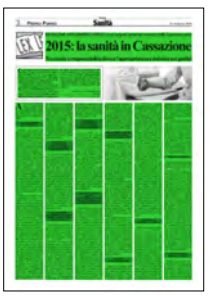
La responsabilità verso il paziente

Quanto alla natura del rapporto tra paziente e struttura ospedaliera, sezione 3, n. 18610/2015, ha riaffermato in via generale che esso ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo latu sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze.

Nello stesso ambito, è stato precisato da sezione 3, n. 21090/2015, che la responsabilità di un nosocomio per contratto cosiddetto di spedalità deriva dall'obbligo di erogare la propria prestazione con massima diligenza e prudenza; essa comprende, oltre all'osservanza delle normative di ogni rango in tema di dotazione e struttura delle organizzazioni di emergenza, la tenuta in concreto, per il tramite dei suoi operatori, di condotte adeguate alle condizioni disperate del paziente, anche in rapporto alle precarie o limitate disponibilità di mezzi o risorse, pur conformi alle dotazioni o alle istruzioni previste dalla normativa vigente, adottando di volta in volta le determinazioni più idonee a scongiurare l'esito infausto.

Nella fattispecie, la Corte di merito, pur rilevando che il paziente fosse giunto nel nosocomio in condizioni disperate, aveva correttamente individuato, quali potenziali

Sanità
Ospedali-azienda, dieta da 1,8 mld


2015: la sanità in Cassazione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-MAR-2016
da pag. 2
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

cause letali, il ritardo nella comunicazione dei decisivi dati di laboratorio e nell'avvio dell'intervento chirurgico, così come «le modalità di manipolazione del già devastato bacino del paziente», mentre anche un'eventuale conformità della non adeguata scorta di sangue alle previsioni normative, non avrebbe potuto esentare l'azienda ospedaliera dalla immediata richiesta di altro sangue a strutture più dotate, o dall'immediato trasferimento del paziente in struttura più attrezzata.

La struttura è responsabile anche se il medico è quello di fiducia

La Corte ha ribadito la natura contrattuale della responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente che può conseguire, ai sensi dell'articolo 1218 del codice civile, all'inadempimento della prestazione medico professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario la circostanza che il sanitario risulti essere anche di fiducia dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto.

La transazione tra medico e paziente chiude la causa anche con la struttura

Nella differente ipotesi in cui la domanda risarcitoria abbia a oggetto solo l'operato del medico e non anche i profili strutturali e organizzativi della struttura sanitaria, sezione 3, n. 15860/2015, ha ritenuto che la transazione tra medico e danneggiato, con conseguente declaratoria di cessata materia del contendere, impedisce la prosecuzione dell'azione nei confronti della struttura medesima, perché questa è convenuta in giudizio solo in ragione del rapporto di lavoro subordinato col professionista, e dunque per fatto altrui, sicché la transazione raggiunta tra il medico e il danneggiato, escludendo la possibilità di accertare e dichiarare la colpa del primo, fa venir meno la responsabilità della struttura, senza che sia neppure possibile invocare l'articolo 1304 del codice civile.

La struttura è responsabile per le procedure di sicurezza clinica

La sezione 3, n. 24213/2015, ha affermato che in tema di inadempimento di obbligazioni professionali il comma 2 dell'articolo 1176 del Cc, prescrive un criterio più rigoroso di accertamento della colpa e che la nozione del professionista medio secondo la giurisprudenza della Corte sottende un professionista «bravo, serio, preparato, zelante, efficiente».

In applicazione di tale principio, la Corte ha confermato la decisione di merito che aveva ritenuto responsabile l'azienda ospedaliera per lesioni derivate da un trapianto di cornee infette fornite dalla "banca degli occhi" gestita dalla stessa struttura ospedaliera.

Quando il paziente transita in strutture diverse la responsabilità non può essere frazionata

Restando in tema, ma sul versante dell'accertamento dell'efficienza concausale di un fattore naturale, sezione 3, n. 08995/2015, ha ritenuto che, una volta accertato il nesso causale tra l'inadempimento e il danno lamentato, l'incertezza circa l'eventuale efficacia concausale di un fattore naturale non rende ammissibile, sul piano giuridico, l'operatività di un ragionamento probatorio semplificato che conduca a un frazionamento della responsabilità, con conseguente ridimensionamento del quantum risarcitorio secondo criteri equitativi. In applicazione di tale principio, la Corte ha confermato la decisione con cui il giudice di merito, in relazione al danno celebrale patito da un neonato, aveva posto l'obbligo risarcitorio interamente a carico della struttura sanitaria in cui egli era stato ricoverato immediatamente dopo il parto - avvenuto in altra struttura - e presso la quale aveva contratto un'infezione polmonare, e ciò sebbene le risultanze della consulenza tecnica d'ufficio non avessero escluso la possibilità che un contributo concausale al pregiudizio lamentato fosse derivato da una patologia sviluppata in occasione della nascita.

Responsabilità dell'Asl per l'atto del Mmg - danno da vaccinazione

Con riferimento poi al rapporto tra medico generico e Azienda sanitaria locale, sezione 3, n. 06243/2015, ha affermato la responsabilità della Azienda sanitaria locale ex articolo 1228 del Cc in ordine al fatto illecito commesso dal medico generico, con essa convenzionato, nell'esecuzione delle prestazioni curative che siano comprese tra quelle assicurate e garantite dal Servizio sanitario nazionale in base ai livelli stabiliti dalla legge.

In tema di ripartizione degli oneri probatori, sezione 3, n. 21177/2015, ha ribadito che, da un lato, l'attore deve provare l'esistenza del rapporto di cura, il danno e il nesso causale, allegando solo la colpa del medico; dall'altro, questi deve provare che l'eventuale insuccesso dell'intervento, rispetto a quanto concordato o ragionevolmente attendibile, è dipeso da causa a sé non imputabile.

Principio affermato a conferma della impugnata decisione di merito che aveva escluso la responsabilità del medico per una vaccinazione inoculata per via intramuscolo, eseguita nel rispetto dei protocolli per la localizzazione e le modalità operative della iniezione, riconducendo l'evento dannoso al caso fortuito ovvero all'andamento variabile e imprevedibile del nervo circonflesso, come accertato nella consulenza tecnica d'ufficio.

La scelta tra atti terapeutici

Quanto al profilo della colpa in relazione alla possibile scelta che il medico può operare tra diversi tipi di trattamento sanitario, di sicuro interesse, appare sezione 3, n. 19213/2015, secondo cui, qualora nel corso di un trattamento terapeutico o di un intervento, emerga una situazione la cui evoluzione può comportare rischi per la salute del paziente, il medico, che abbia a disposizione metodi idonei a evitare il verificarsi della situazione pericolosa, è tenuto a impiegarli, essendo suo dovere professionale applicare metodi che salvaguardino la salute del paziente, preferendoli a quelli che possano anche solo esporla a rischio, sicché, ove egli privilegi il trattamento più rischioso e la situazione pericolosa si determini, non riuscendo egli a superarla senza danno, la colpa si radica già nella scelta inizialmente compiuta.

In applicazione di tale principio, la Corte ha cassato la sentenza impugnata che aveva ritenuto esente da colpa un medico in relazione alla scelta compiuta di sottoporre un paziente, affetto da paraparesi spastica, ad intervento di ernia discale per via transarticolare, in luogo del meno rischioso intervento anteriore alla colonna attraverso toracotomia destra, con determinazione della situazione pericolosa connessa al detto rischioso intervento e conseguente necessità di un secondo intervento, attraverso toracotomia, all'esito del quale era residuata una lesione dell'integrità psicofisica stimata pari al 68 per cento.

La statistica non libera il medico

Rilevante appare, inoltre, sezione 3, n. 13328/2015, che ha affermato come al medico convenuto in un giudizio di responsabilità - per superare la presunzione a suo carico posta dall'articolo 1218 del codice civile - non basti dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione priva di rilievo sul piano giuridico e soltanto indicativa "nel lessico medico" di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi a un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, sì da integrare gli estremi della causa non imputabile.

Va parimenti segnalata sezione 3, n. 06438/2015, Petti, Rv. 634965, che ha affermato come il primario ospedaliero, in ferie al mo-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-MAR-2016
da pag. 2
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

mento del contatto sociale, del ricovero e dell'intervento, non possa essere chiamato a rispondere delle lesioni subite da un paziente della struttura ospedaliera solo per il suo ruolo di dirigente, non essendo configurabile una sua responsabilità oggettiva.

Condotta omissiva

Sempre in tema di responsabilità, ma con riguardo alla condotta omissiva del medico, sezione 3, n. 07682/2015, ha confermato la decisione con cui il giudice di merito aveva ravvisato la responsabilità di un aiuto primario di ostetricia che, accertato il grave stato di sofferenza del feto sulla base delle inequivocabili risultanze dell'esame del tracciato cardiotocografico e di quello amnioscopico, a dispetto dell'estrema urgenza dell'intervento, ometteva di procedere - in attesa dell'arrivo del primario - all'esecuzione del parto cesareo, di per sé eseguibile anche da un solo medico con l'ausilio di uno strumentista. In particolare, la Corte ha aggiunto che il contegno tenuto dall'aiuto primario nella fattispecie sopra sinteticamente descritta ha violato gli obblighi su di esso gravanti, i quali includono non solo quello di attivarsi secondo le regole dell'arte medica, avuto riguardo al suo standard professionale di specialista, ma anche di salvaguardare, ai sensi dell'articolo 1375 del codice civile, la vita del paziente.

L'accertamento del nesso causale

Quanto al criterio di accertamento del nesso causale, sezione 3, n. 03390/2015, ha ribadito l'utilizzo del criterio della preponderanza dell'evidenza (altrimenti definito anche del più probabile che non), già più volte utilizzato dalla Corte (tra le decisioni più recenti: sezione 3, n. 22225/2014, Rv. 632945), criterio che implica una valutazione della idoneità della condotta del sanitario a cagionare il danno lamentato dal paziente che deve essere correlata alle condizioni del medesimo, nella loro irripetibile singolarità.

Nella fattispecie in esame, la Corte ha ritenuto immune da vizi logici la decisione con cui il giudice di merito aveva affermato la responsabilità di una struttura sanitaria, in relazione alla paralisi degli arti inferiori subita da un paziente sottoposto a un intervento di trombectomia, per essere stato omesso un trattamento preventivo a base di eparina, sebbene lo stesso non fosse previsto da alcun protocollo, ma solo raccomandato in via precauzionale nella letteratura scientifica perché in astratto idoneo a prevenire tale complicanza, attesa l'oggettiva gravità del rischio, sul piano causale, a carico del paziente per le sue particolari condizioni personali, trattandosi di soggetto fumatore, affetto da diabete e, verosimilmente, da vascolopatia.

La cartella clinica non completa inchioda il medico

La sezione 3, n. 12218/2015, ha ritenuto che l'eventuale incompletezza della cartella clinica costituisca una circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido legame causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente soltanto quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare la lesione. Nel caso risulti accertata una condotta che depone per la responsabilità del medico operante e, conseguentemente, della struttura sanitaria, secondo sezione 3, n. 08989/2015, spetta all'uno e all'altra, in applicazione del principio della vicinanza della prova (o di riferibilità), provare che il risultato "anomalo" o "anormale", rispetto al convenuto esito dell'intervento, sia dipeso da un evento imprevedibile, non superabile con l'adeguata diligenza.

Danno da consenso informato

Con riferimento al danno cagionato dalla mancata acquisizione del consenso informato del paziente in ordine all'esecuzione di un intervento chirurgico, sezione 3, n. 12205/2015, ha affermato che esso è risarcibile, ancorché apparisse, ex ante, necessitato sul piano terapeutico e sia pure risultato, ex post, integralmente risolutivo della patologia lamentata, integrando comunque tale omissione dell'informazione una privazione della libertà di autodeterminazione del paziente circa la sua persona, in quanto preclusiva della possibilità di esercitare tutte le opzioni relative all'espletamento dell'atto medico e di beneficiare della conseguente diminuzione della sofferenza psichica, senza che detti pregiudizi vengano in alcun modo compensati dall'esito favorevole dell'intervento.

Il danno da mancato consenso e da malpractice non coincidono

Nello stesso ambito, va segnalata sezione 3, n. 02854/2015, che ha ritenuto come l'acquisizione del consenso informato del paziente, da parte del sanitario, costituisca prestazione altra e diversa rispetto a quella avente a oggetto l'intervento terapeutico, di talché l'errata esecuzione di quest'ultimo dà luogo a un danno suscettibile di ulteriore e autonomo risarcimento rispetto a quello dovuto per la violazione dell'obbligo di informazione, anche in ragione della diversità dei diritti - rispettivamente, all'autodeterminazione delle scelte terapeutiche e all'integrità psicofisica - pregiudicati nelle due differenti ipotesi. In forza di tale principio, la Suprema corte ha cassato la decisione con cui il giudice di merito aveva ritenuto assorbito, nel risarcimento del danno da mancata acquisizione del consenso informato, anche il pregiudizio cagionato da un medico ortopedico per avere imprudentemente sottoposto a intervento di artroscopia un paziente affetto da gotta, esponendolo al rischio - poi effettivamente concretizzatosi - di riacutizzazione flogistica.

Il consenso informato non deve essere "fugace" e "improprio"

Meritevole di menzione anche sezione 3, n. 19212/2015, secondo cui il medico viene meno all'obbligo di fornire idonea ed esaustiva informazione al paziente, al fine di acquisirne un valido consenso, non solo quando omette del tutto di riferirgli della natura della cura prospettata, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ne acquisisca con modalità improprie il consenso, sicché non può ritenersi validamente prestato il consenso espresso oralmente dal paziente. Nel caso di specie, la Corte ha negato che - in relazione a un intervento chirurgico effettuato sulla gamba destra di un paziente, privo di conoscenza della lingua italiana e sotto narcosi - potesse considerarsi valida modalità di acquisizione del consenso informato all'esecuzione di un intervento anche sulla gamba sinistra, l'assenso prestato dall'interessato verbalmente nel corso del trattamento.

Il paziente che chiede i danni li deve dettagliare

Tra le pronunzie di natura eminentemente processuale, da un lato, sezione 3, n. 13328/2015 che ha precisato come nei giudizi risarcitori la domanda debba descrivere in modo concreto i pregiudizi dei quali si chiede il ristoro, senza limitarsi a formule generiche, come la richiesta di risarcimento dei danni subiti e subendi, perché tali domande, quando non nulle ex articolo 164 del codice di procedura civile, non obbligano il giudice a provvedere sul risarcimento di danni che siano concretamente descritti solo in corso di causa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 362.170
Diffusione 12/2015: 255.383
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

08-MAR-2016
da pag. 43
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Infezioni. Due milioni di nuovi casi al mondo, quattromila in Italia. Colpa dei rapporti sessuali non protetti. Hiv è di nuovo in primo piano. E spessissimo colpisce insieme all'epatite C

Ma si cura. E in attesa c'è anche l'approvazione di un farmaco capace di prevenire la malattia

Torna la paura dell'Aids ma la pillola per evitarlo c'è

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

BOSTON

L'OBIETTIVO è arrivare, entro il 2030, al 90-90-90: diagnosticare il 90 per cento delle infezioni da HIV, far entrare in terapia il 90% dei diagnosticati e raggiungere l'abbattimento della carica virale nel 90% delle persone in cura. Perché, se è vero che di Aids non si parla più, è altrettanto vero che l'epidemia avanza, silenziosa e ignorata. Due milioni di nuovi casi ogni anno nel mondo, quattromila in Italia, segnala dal Croi, il congresso annuale organizzato a Boston dalla società americana antivirale, Guido Silvestri, professore di Microbiologia alla Emory University School of Medicine di Atlanta. E così, mentre all'apertura del congresso si sottolinea che il vero problema dell'Aids è che non fa più paura, il nostro ministero della Salute prepara il primo piano nazionale Aids, che, tra le altre cose, dovrebbe prevedere la terapia orale preventiva, la Prep, che in Francia si può prendere prima del rapporto sessuale a rischio. Un modo per limitare nuovi contagi ed evitare che il virus si diffonda. Non a caso molte sessioni al Croi sono state dedicate alla prevenzione: con l'anello vaginale a rilascio di dapivirina, costo cinque dollari (vedi www.repubblica.it/salute/benessere-donna/contraccezione); o i microbicidi per gli omosessuali uomini, da usare prima e dopo il rapporto. I numeri dell'Aids – infatti – sono ancora da brivido: circa quaranta milioni di infetti nel mondo, di cui solo 15 in trattamento. Certo, di Aids non si muore più, almeno in certi Paesi – come ricorda Roberto Cauda, infettivologo alla Cattolica di Roma – ma neppure si guarisce, visto che la terapia va fatta a vita, e che il costo di ogni malato è tutt'altro che irrilevante per i sistemi sanitari. Inoltre, la gran parte delle infezioni non è più legata alla tossicodipendenza, ma ai rapporti sessuali senza profilattico, sia tra etero che tra omosessuali. E se si considera che circa il 40 per cento di chi ha il virus non sa di averlo, si intuisce come il sesso non protetto sia estremamente pericoloso.

Per quanto riguarda l'obiettivo 90-90-90, infine, sembra difficile da raggiungere. Si tratterebbe, infatti, di arrivare ad almeno 36 milioni di trattati sui 40 infetti, per raggiungere il fatidico 90 per cento. Partendo dai 15 già in trattamento, vuol dire che ne mancano all'appello più di venti milioni. Un traguardo a portata di mano? «Facile a dirsi ma difficile a farsi – ragiona Stefano Vella, direttore del Dipartimento del farmaco dell'Istituto superiore di sanità – perché l'Aids è uscito dalla fase emergenziale, i fondi continuano a diminuire, e ci sono problemi di difficile soluzione, come raggiungere le cosiddette popolazioni chiave, che non hanno accesso ai test diagnostici e alla terapia e diffondono il contagio: tossicodipendenti nell'Est Europa, detenuti, omosessuali maschi, transgender, giovani donne in Africa i cui uomini non usano condom, prostitute. È difficilissimo raggiungere queste categorie, perché in molti paesi queste categorie vengono emarginate. E non hanno accesso alle cure, diventando più a rischio e infettando di più». Mettere in terapia queste persone – invece – impedirebbe il diffondersi dell'infezione. Offrendo – come ribadisce l'Oms nelle sue linee guida – non solo un beneficio personale per i malati, ma anche per la collettività, poiché il virus circola meno. La cura, infatti, è «più vicina – conclude Vella – ma serviranno almeno dieci anni, mentre abbiamo già un vaccino che, sulle scimmie, ha mostrato di indurre protezione assoluta».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 362.170
Diffusione 12/2015: 255.383
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

08-MAR-2016
da pag. 43
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

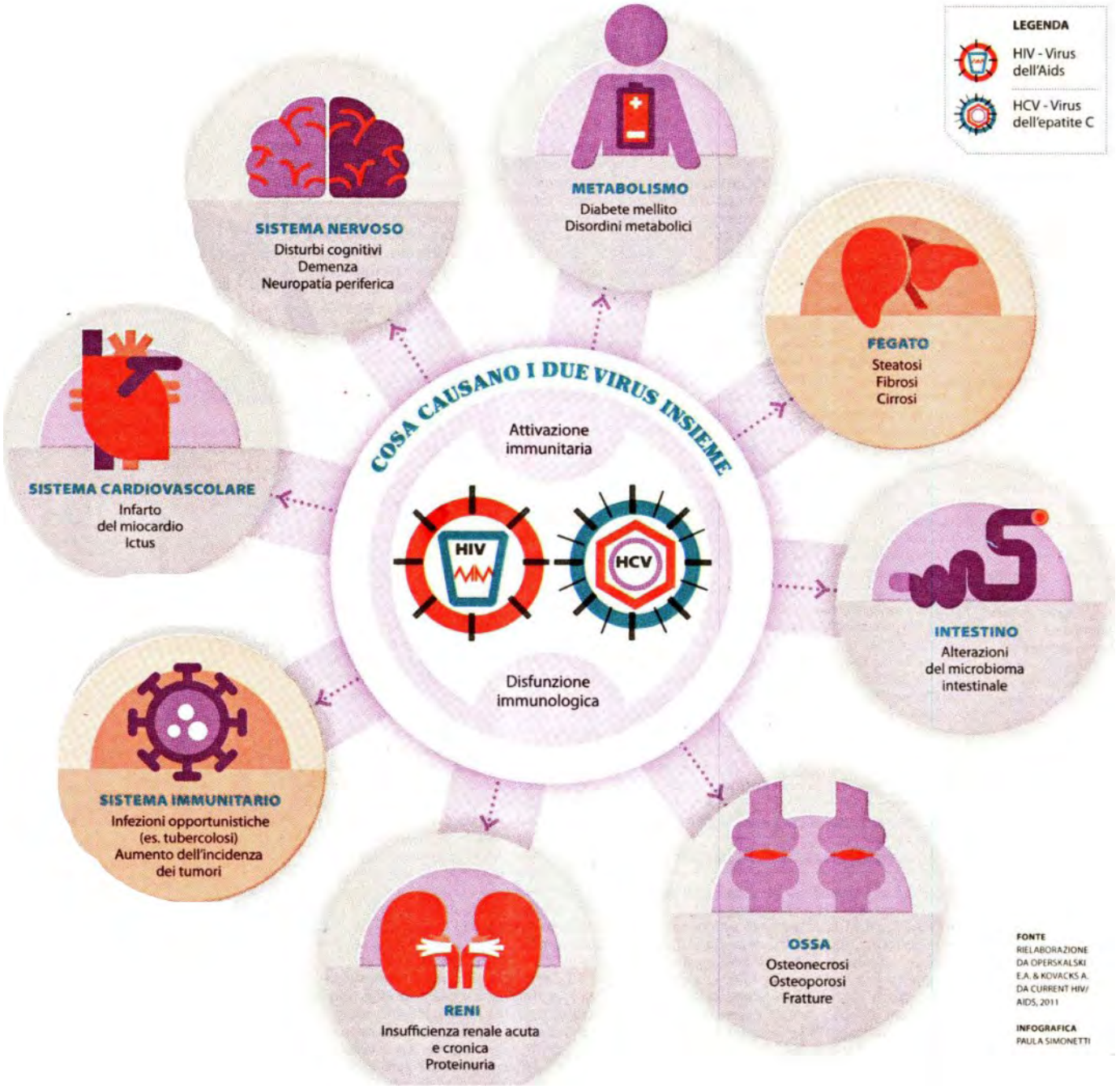
IL COCKTAIL

Senza quei tre i due virus uccidono

CIRCA il 25 per cento di chi ha l'Aids ha anche l'infezione da Hcv, il virus dell'epatite C. Una doppia infezione che aumenta le complicanze e aggrava la prognosi, funzionando da detonatore per altre patologie. In Italia si stima siano circa 25.000, con 400 nuovi casi all'anno. L'epatite C infatti – spiega Giuliano Rizzardini, direttore Malattie Infettive dell'ospedale Sacco di Milano – è una malattia sistemica e il virus Hcv, nel 75 per cento dei casi, provoca effetti anche fuori dal fegato, che pure resta l'organo più colpito. «I pazienti con Hiv, che si infettano con il virus dell'epatite C, sono una popolazione in cui la malattia corre più velocemente – precisa Rizzardini – ed è per questo che vanno trattati tutti precocemente, quando il danno epatico non è grave. Oggi invece la coinfezione non è considerata in sé una condizione di rischio maggiore, e quindi non tutti i pazienti Hiv – ma solo i più gravi – possono accedere al trattamento con le attuali "regole di ingaggio"».

Uno studio sui coinfetti, probabilmente uno dei più grandi al mondo, è stato condotto da Simit (Società italiana di malattie infettive e tropicali) in 25 centri italiani su 213 pazienti con fibrosi non grave (livello 2, in una scala da 0 a 4). Malati che, secondo i protocolli Aifa per la prescrizione dei farmaci, sarebbero stati esclusi per il danno lieve. «In questi malati è invece fondamentale – precisa Massimo Andreoni, direttore Malattie Infettive a Tor Vergata, Roma – eliminare subito l'infezione da Hcv. Nello studio compassionevole real life, sponsor Abbvie, abbiamo trattato con la terapia antivirale 3D (ombitasvir/ paritaprevir e dasabuvir) 213 persone, con una risposta completa del 97 per cento. La terapia tripla si è dimostrata la più efficace, perché agisce in diversi punti di replicazione del virus e previene eventuali mutazioni. E 97% – percentuale sovrapponibile anche al trattamento dei pazienti con la sola epatite C – in medicina è un sogno». Unico problema, il costo.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media