CORRIERE DELLA SERA.it

11-01-2017

Lettori
57.304

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

SPERIMENTAZIONE

Un test del sangue predice quanto resta da vivere ai malati terminali

Il sistema messo a punto in Giappone può essere utile per scegliere meglio quando cambiare le cure e come gestire il tempo nei pazienti con tumore. L'esperto: «Informazione delicata, da gestire con onestà e tatto, con pazienti e familiari»

di Vera Martinella

Un semplice esame del sangue può aiutare a prevedere quanto resta da vivere ai pazienti con un tumore in fase terminale e sottoposti a cure palliative. A valutare l'efficacia del test sono stati ricercatori giapponesi dell'Università di Kyoto che lo hanno presentato ufficialmente durante l'ultimo congresso asiatico della Società Europea di Oncologia (ESMO) tenutosi a Singapore.«I malati oncologici giunti agli stadi più avanzati della malattia e i loro familiari chiedono spesso informazioni precise sulla loro prognosi - ha spiegato Yu Uneno, oncologo e autore principale dello studio -. Vogliono sapere quanto tempo hanno ancora a disposizione per poter programmare gli ultimi giorni e lasciare le loro disposizioni. È un loro diritto, ma al tempo stesso è un'informazione molto delicata, che va gestita cercando di dare una risposta onesta, ma allo stesso tempo senza eliminare ogni speranza».

Scegliere come gestire il tempo

«I malati di cancro, e più in generale le persone che si avviano alla fine della propria vita, devono spesso prendere decisioni collegate alla propria aspettativa di vita - aggiunge Carlo Peruselli, past-president della Società italiana di cure palliative (Sicp) -: ad esempio, dove e come trascorrere il tempo che rimane o in che modo rimodulare, insieme ai propri curanti, le terapie in corso e pianificare in modo anticipato i

trattamenti futuri. Terapie inutilmente aggressive e spesso inefficaci impediscono fra l'altro a molti di questi malati di trascorrere l'ultimo periodo della propria vita in modo sereno, a casa o in strutture dedicate come gli hospice, curati ed assistiti in modo personalizzato ed appropriato da equipe esperte nelle cure palliative». È in quest'ottica che un test che predice la sopravvivenza può essere utile, in caso di una patologia neoplastica non più guaribile, per capire se proseguire o meno con i farmaci anticancro o iniziare ad affiancare le cure palliative (come quelle contro il dolore o per migliorare la nutrizione in persone spesso debilitate dalla malattia) che, introdotte al momento giusto, migliorano (e talvolta persino allungano) la vita dei pazienti.

Lo studio e i modelli prognostici

I ricercatori giapponesi hanno sviluppato sei «modelli prognostici adattabili» su 5mila pazienti oncologici curati presso l'oncologia dell'Università di Kyoto. Valutando tre valori che vengono comunemente misurati con test del sangue eseguiti di routine (albumina, conta dei neutrofili e lattato-deidrogenasi o LDH), i test sono stati in grado di predire il decesso entro uno-sei mesi dei malati sottoposti a chemioterapia. In una successiva sperimentazione condotta su oltre mille pazienti trattati con cure palliative (in ospedale o a domicilio) hanno poi valutato che i test sono efficaci anche in questo caso, riuscendo a prevedere accuratamente (in circa l'80 per cento dei casi) la morte entro uno-tre mesi. «Quello dei test prognostici di sopravvivenza (di questo e di altri che vengono proposti in letteratura) è un tema importante ma naturalmente delicato - conclude Peruselli -: il loro utilizzo non va visto come una sorta di "sfera di cristallo" per prevedere il futuro quanto piuttosto come un possibile strumento per garantire attenzione ad aspetti che normalmente vengono sottovalutati, per guardare questi malati con occhi diversi e per contribuire a pianificare con loro i trattamenti futuri e le scelte».

ANSAit

11-01-2017

http://www.ansa.it

Spetterà al paziente 'provare' danno subito, via ddl responsabilità medici

Approvato al Senato, torna alla Camera

Spetterà presto al paziente dimostrare il danno subito a seguito di un intervento sanitario, mentre attualmente è il medico che deve 'provare' la propria non colpevolezza a seguito di una denuncia da parte del paziente. E' questo uno dei punto del ddl sulla responsabilità medica, approvato oggi dall'Aula del Senato. Il ddl sulla responsabilità professionale del personale sanitario, già approvato dalla Camera, dovrà tornare a Montecitorio perché modificato.

Il ddl introduce l'obbligo di assicurazione per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, cosi' come prevede che il soggetto danneggiato possa agire anche direttamente nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa all'azienda. Prevede inoltre, l'istituzione di Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e un Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanita'. Inoltre, ospedali e Asl dovranno fornire la documentazione sanitaria al paziente al massimo entro sette giorni dalla richiesta.

Il disegno di legge, contempla anche che l'operatore sanitario non sia punibile dal punto di vista penale se si e' attenuto a buone pratiche o alle raccomandazioni delle linee guida, ma queste non saranno elaborate solo dalle Societa' scientifiche, bensi' anche da enti e istituzioni e associazioni tecnico-scientifiche. Infine istituisce un fondo di garanzia nazionale che tuteli i cittadini danneggiati

nel caso in cui l'assicurazione chiamata a risarcire il danno, sia insolvente.

Il via libera del Senato in seconda lettura al Disegno di legge sulla responsabilità professionale del personale medico rappresenta un "importante passo in avanti per il sistema sanitario del nostro Paese". Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Il provvedimento, che ora torna all'esame della Camera, rileva il ministro, "garantisce da un lato il diritto del cittadino ad essere risarcito in caso di errore medico e dall'altro tutela maggiormente i professionisti della sanità riducendo il ricorso alla medicina difensiva, un tema al quale il ministero della Salute ha prestato sempre grande attenzione"."Auspico che anche il DDL di iniziativa governativa in materia, tra l'altro, di riordino degli Ordini, che porta il mio nome - prosegue - possa essere approvato quanto prima dalla Camera dei Deputati così da completare tutta l'opera di riorganizzazione delle professioni sanitarie. Il mio vivo ringraziamento - conclude Lorenzin - al lavoro svolto dai parlamentari e dal relatore e dalle commissioni".

"E' un ulteriore importante passo in avanti che ci avvicina ad una riforma storica per l'intero sistema sanitario. Ora resta solo l'ultimo passaggio alla Camera per l'approvazione definitiva che avverrà entro la fine di febbraio", afferma il responsabile sanità del Pd, Federico Gelli, Grazie a questa legge, prosegue Gelli, promotore del ddl, "vengono implementati tutti quei meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento ed alla trasparenza per i cittadini danneggiati da un errore sanitario e, al contempo, aumenteranno le tutele per i professionisti che potranno così tornare a svolgere con serenità il proprio lavoro, nell'esclusivo interesse dei pazienti, e senza dover ricorrere alla cosiddetta medicina difensiva per tutelarsi. In questo modo, si potranno risparmiare anche ingenti cifre per il Sistema sanitario nazionale".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 24.464
Diffusione 09/2016: 11.274
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

12-GEN-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Approvato in Senato il ddl sulla responsabilità sanitaria. Nuove norme su omicido colposo e lesioni

Il medico non paga se ha seguito le regole

■ È stato approvato ieri in Senato il ddl sulla responsabilità medica. Ora torna all'esame della Camera. Tra i punti più importanti c'è quello sull'omicidio colposo. In sostanza il medico non paga se ha seguito le regole. Se l'omicidio colposo o le lesioni penali colpose sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria si applicano le pene previste, salvo che: quando gli eventi si sono verificati per imperizia, la punibilità è esclusa se sono state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida esistenti e, in assenza di queste, se sono state rispettate le buone pratiche clinico assistenziali.

Ma ci sono anche altri aspetti rilevanti. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie, siano Asl o private, deve concorrere tutto il personale, anche i liberi professionisti che operano in convenzione con il servizio sanitario nazionale. Inoltre, le Regioni possono affidare all'ufficio del difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute dettando la disciplina organizzativa e stabilendo il supporto tecnico da destinare. Il ddl stabilisce che in ogni Regione il centro per la sicurezza alla salute raccolga i dati regionali sui rischi e sul contenzioso registrato. Ogni 6 mesi trasmetterà tutto quanto al nuovo osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità. Viene introdotto, infine, l'obbligo di trasparenza delle strutture sanitarie. Entro sette giorni dalla richiesta degli interessati la struttura deve fornire la documentazione saniatria. E sui siti internet di Asl e strutture sanitarie private devono essere disponibili i dati dei risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni.

Il sottosegretario alla Salute, Davide Faraone, punta l'accento soprattutto sull'«istituzione di una figura di garanzia alla quale potrà rivolgersi qualsiasi utente per avere tutela» e sulla «nascita del centro per il rischio clinico che possa valutare gli errori dei professionisti».

L. F.

Politica e polemiche
La Consulta salva il Jobs act di Renzi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-GEN-2017
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

Responsabilità medici, ok dal Senato

Il testo torna alla Camera, definisce i diritti dei cittadini a risarcimenti e dovrebbe ridurre i contenziosi. «Passo avanti» per Lorenzin. Critiche del Tdm

ENRICO NEGROTTI

È stato approvato ieri dal Senato – e tornerà ora alla Camera per l'approvazione definitiva – il disegno di legge che definisce le responsabilità sanitarie e il diritto dei cittadini a essere risarciti tramite assicurazioni (della struttura sanitaria o del medico) e che dovrebbe ridurre i contenziosi tra medico e paziente. «Un importante passo avanti per il sistema sanitario del nostro Paese», commenta il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Si tratta di un provvedimento che accontenta gran parte del mondo degli operatori sanitari e che – come conseguenza – dovrebbe evitare il ricorso a quella medicina difensiva che quasi mai fa gli interessi del paziente. Anche se il Tribunale del Malato (Tdm)-Cittadinanzattiva evidenzia alcune misura penalizzanti per il cittadino.

La legge, che potrebbe essere approvata definitivamente entro la fine del mese di febbraio, modifica la responsabilità dei professionisti della sanità accusati di malpractice, che – per esempio – risponderanno penalmente solo in caso di colpa grave: depenalizzata la colpa sanitaria se il medico dimostra di avere rispettato linee guida e pratiche suggerite dalle Società scientifiche. Dal punto di vista della giustizia civile, invece, per garantire i risarcimenti viene previsto un obbligo di assicurazione per tutte le strutture pubbliche e private. Inoltre prima di poter avviare una causa è indispensabile procedere a un tentativo di conciliazione; e il risarcimento dovrebbe basarsi su tabelle sul danno biologico omogenee in tutto il Paese. Chi vorrà rivalersi «anche nei confronti del sanitario – spiega il responsabile sanità del Pd, Federico Gelli – dovrà dimostrare di aver subito il danno e la prescrizione è ridotta a cinque anni». Una misura penalizzante secondo Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tdm.

Tra le altre misure figura l'istituzione di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità (che relazioni sull'andamento degli errori e del contenzioso) e di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, alimentato dalle imprese assicuratrici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

12-GEN-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

LA LEGGE PASSA AL SENATO

Nessun omicidio se il medico rispetta le buone pratiche

PAOLO RUSSO
ROMA

Meno avvocati nei paraggi di Asl e ospedali, con i medici messi al riparo dalla valanga di cause sanitarie se sbagliano ma dopo aver seguito le linee guida o le «buone pratiche clinico assistenziali». E d'ora in avanti dei super-periti affiancheranno i giudici perché non si ripetano più sentenze come quelle che hanno alimentato la bufala Stamina. Sono i punti salienti della legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario approvata ieri dal Senato e che ora dovrà passare per il sì definitivo alla Camera, dove c'è l'accordo di non cambiare più una virgola, in modo da varare il testo entro febbraio.

Una legge che dovrebbe porre un freno alle 300 mila cause sanitarie che ogni anno fanno perdere 10 miliardi per effetto della «medicina difensiva», che fa prescrivere anche quel che non serve.

Molte le novità in arrivo. Prima di tutto per i medici dipendenti e quelli convenzionati la prescrizione verrà ridotta da 10 a 5 anni, in modo da rendere meno complessa la difesa del medico accusato di malasanità. Poi è prevista una fattispecie autonoma di lesioni e omicidio colposo per i professionisti sanitari, che risponderanno parzialmente solo per colpa grave in caso di imperizia. In altri termini verrebbero mitigate le pene per i camici bianchi in caso di condanna, visto che un errore in sala operatoria non può essere messo sullo stesso piano di chi provoca un incidente stradale perché guida in stato di ebbrezza. Non solo. In caso di morte o lesioni personali è esclusa la colpa grave quando sono rispettate le raccomandazioni previste da linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali. Insomma, il medico che non esce dal seminato non dovrà più vedersela con giudici e avvocati. A favore delle vittime di malasanità c'è invece la possibilità di agire direttamente nei confronti dell'assicurazione. Ma lo doppia mossa contro il contenzioso è l'obbligo di ricorrere all' accertamento tecnico e alla conciliazione preventivi, mentre dall'altro canto l'onere della prova passerebbe dal medico al cittadino, che se vuole fare causa dovrebbe dimostrare lui di aver subito un danno per negligenza o imperizia del dottore. «Ma questo - spiega il "padre" della legge, il responsabile sanità del Pd Federico Gelli - solo quando subendo un danno in una struttura sanitaria il cittadino voglia far causa al singolo medico, reputandolo il solo responsabile della lesione. Nulla cambia invece quando l'assistito si rivale sull'ospedale o la clinica, che è poi la via maestra per il risarcimento».

«Una buona legge ma per i medici di famiglia la migliore polizza resta il rapporto fiduciario con gli assistiti, che va ora rafforzato con una nuova convenzione che incentivi la piena presa in carico del paziente», commenta il segretario nazionale della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg), Silvestro Scotti. «Un provvedimento che toglie ai medici alibi e paure, tutelando meglio cittadini e Asl con più certezza su tempi, modi ed equità del risarcimento», assicura il presidente della Federazione di Asl e ospedali (Fiaso), Francesco Ripa di Meana. Che nella legge vede anche uno strumento per calmierare i premi assicurativi.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Il fenomeno
Ogni anno in Italia si registrano 300.000 cause sanitarie che fanno perdere circa 10 miliardi

FOTOGRAMMA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 01/11/2017

IL TESTO TORNA ALLA CAMERA

Sì del Senato al ddl sulla responsabilità dei medici

11 gennaio 2017

Il potenziamento della sicurezza delle cure ai cittadini e il ribilanciamento del rapporto medico-paziente. Sono questi i pilastri del Ddl 2224, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", approvato oggi dal Senato. L'Aula di Palazzo Madama ha approvato il ddl con 168 sì, 8 no e 35 astenuti. Il provvedimento, già approvato dalla Camera, dovrà ora tornare a Montecitorio perché modificato. All'obiettivo sicurezza delle cure la futura legge orienta tutta una serie di strumenti: a cominciare dall'attivazione in ogni regione di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, deputato alla raccolta dei dati su rischi ed eventi avversi e sulle cause, l'entità, la frequenza e l'onere finanziario del contenzioso.

CONTRO L'"ANALFABETISMO

Il cittadino potrà rivolgersi all'assicurazione della struttura

Il cittadino che riterrà di aver subito una malpractice medica, ha detto Federico Gelli, responsabile sanità del Pd e promotore del ddl,

I PIÙ LETTI DI ITALIA

ULTIME NOVITÀ
Dal catalogo del Sole 24 Ore

SCOPRI ALTRI PRODOTTI ›

LE GALLERY PIÙ VISTE

MOTORI24 | 10 gennaio 2017
Detroit 2017, tutte le foto delle novità del Salone dell'auto Usa

MOTORI24 | 2 gennaio 2017
Auto 2017, le magnifiche tredici dei prossimi mesi

CASA | 5 gennaio 2017
Cottura da chef con i nuovi piani a gas

MONDO | 7 gennaio 2017
I siti dichiarati patrimonio dell'umanità da Unesco nel 2016

MOTORI24 | 9 gennaio 2017
Audi Q8, il suv coupé formato extra large

HiQPdf Evaluation 01/11/2017

SCIENTIFICO" | 21 dicembre 2016
Medici ed odontoiatri insieme contro le pericolose «bufale in rete» sulla sanità

«potrà innanzitutto rivolgersi direttamente all'assicurazione della struttura, come accade oggi per l'Rc Auto. Se non soddisfatto può agire attraverso la conciliazione obbligatoria. Se neanche questa soluzione va in porto può intentare un procedimento civile contro la struttura, e in questo caso l'onere della colpa rimane come oggi a carico della struttura, che dovrà dimostrare di essersi comportata correttamente. Ma se il cittadino intenderà rivalersi civilmente anche nei confronti del sanitario, dovrà lui stesso dimostrare di aver subito il danno e la prescrizione è ridotta a 5 anni». Punto, quest'ultimo, che resta «una misura penalizzante per il cittadino», ha detto Tonino Aceti coordinatore nazionale del Tribunale del Malato-Cittadinanzattiva, che pure apprezza «i miglioramenti apportati dal Senato .

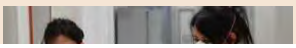
Ministero e medici, no emergenza ma e' psicosi meningite

Il relatore Bianco (Pd): cartella in 7 giorni a fronte dei 30 attuali

La principale modifica introdotta a Palazzo Madama, ha spiegato il relatore Amedeo Bianco (Pd), riguarda «l'aumento delle garanzie per rendere il sistema solvibile. Col Fondo rischi per il risarcimento sinistri, infatti, si possano coprire tutti gli eventuali buchi ad esempio dovuti al fallimento delle imprese assicurative o in caso di recesso unilaterale dell'assicurazione». Altra novità importante «è la possibilità, per il paziente, di ottenere la cartella clinica in 7 giorni a fronte dei 30 finora previsti».

Gli assi portanti del provvedimento

Ecco gli assi portanti del provvedimento: obbligo di assicurazione per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, tentativo obbligatorio di conciliazione e depenalizzazione della colpa sanitaria, ovvero il medico che avrà rispettato linee guida e buone pratiche definite da Società scientifiche e istituzioni, non risponderà penalmente del suo operato. Istituzione di Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità. Il risarcimento inoltre avverrà sulla base delle tabelle sul danno biologico, «mettendo così fine all'estrema discrezionalità che rendeva più iniquo il sistema», ha detto il presidente della Federazione di Asl e Ospedali (Fiaso), Francesco Ripa di Meana.



Lorenzin: importante passo avanti

HiQPdf Evaluation 01/11/2017

VERTICE | 5 gennaio 2016

Meningite, il ministero rassicura: «Nessuna emergenza in atto». Ma è corsa al vaccino

Il via libera del Senato in seconda lettura rappresenta, per la ministra della salute, Beatrice Lorenzin, un «importante passo in avanti per il sistema sanitario del nostro Paese». Il provvedimento «garantisce da un lato il diritto del cittadino a essere risarcito in caso di errore medico e dall'altro tutela maggiormente i professionisti della sanità riducendo il ricorso alla medicina difensiva, un tema al quale il ministero della Salute ha prestato sempre grande attenzione». la ministra ha anche auspicato che il ddl di iniziativa governativa in materia, tra l'altro, di riordino degli Ordini, «possa essere approvato quanto prima dalla Camera dei deputati così da completare tutta l'opera di riorganizzazione delle professioni sanitarie».

Astenuto il M5s

«Ci asteniamo, perché, seppur riconoscendo che il testo presenta elementi di maggior equità rispetto a quello approvato dalla Camera, l'atmosfera che pervade tutta la legge è quella di una contrapposizione tra paziente/cittadino e l'esercente la professione sanitaria, che sembra il frutto della necessità di regolare il contenzioso tra controparti», ha dichiarato Luigi Gaetti, senatore del Movimento 5 Stelle, annunciando il voto di astensione sul provvedimento.

© Riproduzione riservata

ARGOMENTI: Beatrice Lorenzin | Palazzo Madama | Asl | Camera dei deputati | Amedeo Bianco | Ospedali | Tonino Aceti | Francesco Ripa | Ministero della Sanità | Federico Gelli | Luigi Gaetti | Montecitorio | Senato | Libere professioni

0 COMMENTI
Partecipa alla discussione

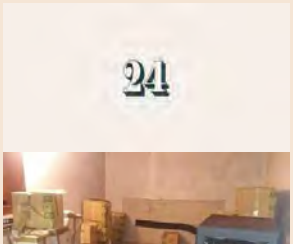
Scrivi un commento...

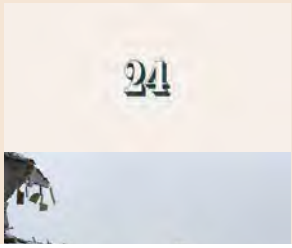
Disclaimer Pubblica

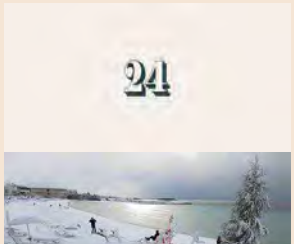
0 Commenti | Aggiorna VEDI TUTTI I COMMENTI

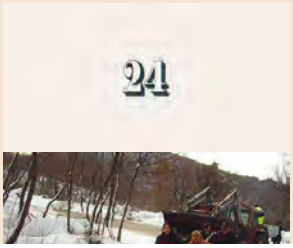
Carica altri commenti

FOTO









IHQI of Evaluation 01/11/2017

11 gen 2017

DAL GOVERNO

Risk/ Lorenzin: «Approvazione Ddl passo avanti per il Ssn»

«Il via libera del Senato in seconda lettura al Disegno di legge sulla responsabilità professionale del personale medico rappresenta un importante passo in avanti per il sistema sanitario del nostro Paese. Il provvedimento, che ora torna all'esame della Camera, garantisce da un lato il diritto del cittadino ad essere risarcito in caso di errore medico e dall'altro tutela maggiormente i professionisti della sanità riducendo il ricorso alla medicina difensiva, un tema al quale il Ministero della Salute ha prestato sempre grande attenzione.
Auspico che anche il Ddl di iniziativa governativa in materia, tra l'altro, di riordino degli Ordini, che porta il mio nome, possa essere approvato quanto prima dalla Camera dei Deputati così da completare tutta l'opera di riorganizzazione delle professioni sanitarie Il mio vivo ringraziamento al lavoro svolto dai parlamentari e dal relatore e dalle commissioni». Così la ministra della Salute Beatrice Lorenzin sul Ddl "Risk" approvato dall'aula del Senato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-GEN-2017
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

èVita

LA LEGGE SUL FINE VITA ACCELERA ALLA CAMERA OGGI GLI EMENDAMENTI SUI PUNTI DA CHIARIRE

Fine vita, la legge accelera. Ma va chiarita

Entro oggi alla Camera gli emendamenti al testo che vincola all'esecuzione delle volontà espresse dal paziente. La relatrice Lenzi (Pd): compromesso contro l'eutanasia. Molto critici Binetti, Calabrò e Gigli

di Enrico Negrotti

Oggi alle 16 scade il termine per presentare gli emendamenti al testo unificato del disegno di legge su «Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari», attualmente in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera. Un testo, come sottolinea il presidente della Commissione, **Mario Marazziti** (Des-Cd), frutto di molti mesi di lavoro: «Erano stati presentati 16 disegni di legge (tra cui uno anche a mia firma). Dopo molte audizioni e riunioni di un comitato ristretto si è giunti a questa sintesi». Un documento unificato che verrà discusso a partire dalla prossima settimana, ma che ha sollevato più di un'obiezione su alcuni punti cruciali, quali la vincolatività per il medico delle «dichiarazioni del paziente» (che non a caso diventano «disposizioni»); la possibilità di rinunciare a idratazione e alimentazione; la posizione di debolezza di minori e persone disabili, per citare le principali. «Il testo non è perfetto – osserva Marazziti –. Ma penso che sia un punto di arrivo impensabile solo qualche mese fa su un tema così delicato e divisivo, da oltre un decennio». Tra gli emendamenti presentati dal presidente, due riguardano la valorizzazione del consenso informato e il diritto del paziente di usufruire di un adeguato sostegno psicologico, per evitare che possano influire sulle decisioni la condizione di depressione o eventuali pressioni. Più articolato un emendamento che punta sulla «pianificazione condivisa delle cure» per favorire – in presenza di una patologia cronica e invalidante – una collaborazione tra medico e paziente per il rispetto delle volontà del malato in vista di una possibile condizione di incapacità di quest'ultimo.

Sicura che il lavoro svolto rappresenti un'ottima base di partenza è la relatrice del disegno di legge unificato, **Donata Lenzi** (Pd). A suo avviso «il testo è molto equilibrato tra opzioni culturali tra loro molto distanti. Tiene insieme coloro che sono a difesa della vita, perché non prende una strada pro-eutanasia, e nello stesso tempo riconosce il valore della libertà di ciascuno di noi di dire che cosa vuole fare». Quanto all'obbligo di seguire la volontà del paziente, Lenzi osserva che «la frase è forse troppo secca e andrà precisata meglio, bisogna però ricordare che il medico non cura solo un corpo ma una persona; quindi deve tener conto del sistema di valori e di relazioni, la storia personale e i convincimenti del singolo». Su idratazione e alimentazione «ci saranno ancora discussioni, ma ci rifacciamo alla posizione della Federazione degli Ordini dei medici e della stragrande maggioranza della comunità scientifica, che dice che sono trattamenti sanitari. Il nostro obiettivo è fare una legge equilibrata, e lo faremo nello sforzo di ascoltare tutti».

Critico verso l'impostazione generale del disegno di legge è invece **Raffaele Calabrò** (Ap), che ha fatto parte del comitato ristretto: «Sulla rinuncia all'idratazione e alimentazione si gioca con le parole fra trattamento medico o meno. Nel momento in cui tolgo la flebo a una persona la faccio morire disidratata. Credo che il Servizio sanitario nazionale non dovrebbe collaborare a quello che si può configurare come un suicidio. Paradossalmente il disegno di legge non fa cenno al divieto di accanimento terapeutico né specifica il momento

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-GEN-2017
da pag. 17
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

"clinico" in cui diventano attuali le dichiarazioni anticipate di trattamento». Altro scoglio è – secondo Calabrò (che è medico) – il rispetto incondizionato della volontà del paziente: «Il medico non può essere sminuito a esecutore della volontà altrui, espressa in precedenza, quando magari l'evoluzione della scienza ha portato nuove cure. Una condizione parzialmente mitigata dall'aver previsto la figura del fiduciario, con cui si può dialogare».

Non fa sconti al disegno di legge neanche **Gian Luigi Gigli** (Des-Cd), che alle precedenti obiezioni aggiunge il timore per le persone più deboli: «C'è un problema enorme per i soggetti disabili o incapaci. La mia proposta in un emendamento è che nessuna decisione possa essere presa da chi legalmente li rappresenta senza l'intervento di un giudice, se il medico ritiene che possa esserci il sospetto che si voglia affrettare la fine del paziente. Questa situazione riguarda gli incapaci in genere, che comprendono sia i minori sia i gravi disabili». Inoltre le dichiarazioni anticipate di trattamento, aggiunge Gigli, «dovrebbero essere redatte sempre alla presenza di un medico, per accertare che ci sia almeno la capacità di intendere e di volere, evitando condizioni di depressione o stati confusionali: non possono bastare due testimoni qualunque, per non parlare del recupero delle dichiarazioni già rilasciate in passato».

Ancora da medico, **Paola Binetti** (Misto) sottolinea come «prevedere che idratazione e alimentazione possano essere sospese rende inutile le successive cure palliative, perché diventa impossibile la terapia endovena. E in più il dolore aumenta». Da neuropsichiatra Binetti ricorda un dato spesso trascurato: «Molto spesso la volontà di farla finita è un'estrema richiesta di aiuto da parte di un paziente che non vuole essere abbandonato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

Le «disposizioni» vincolanti

Consenso informato, «disposizioni anticipate di trattamento» e pianificazione condivisa delle cure: sono i capisaldi del testo unificato sul fine vita, in discussione alla Camera. I suoi 5 articoli condensano 16 proposte di legge discusse in Commissione Affari sociali. Il testo nella formulazione attuale prevede che il consenso informato, discendente dal principio costituzionale secondo cui nessuno può essere sottoposto a trattamento sanitario se non per sua decisione, venga elevato a condizione per somministrare pure idratazione e nutrizione artificiali. Che tuttavia non sono interventi medici, ma sostegni vitali. In caso di minori, così come di persone incapaci o soggette ad amministrazione di sostegno, la decisioni mediche devono essere assunte o dai genitori, o da chi è titolato per legge ad agire nell'interesse del paziente. Ma quest'ultimo, raccomanda il testo unificato, deve essere valorizzato nella sue capacità di comprensione e decisione. La proposta di legge si addentra poi nelle «disposizioni» (e non più «dichiarazioni») anticipate di trattamento, prevedendo che una persona possa indicare – in caso di futura impossibilità a farlo – quali trattamenti sanitari desideri ricevere e quali no. Queste dichiarazioni devono essere in ogni caso redatte per iscritto, e possono prevedere che a relazionarsi con i sanitari sia una persona di fiducia indicata dal loro estensore. Solo in un caso il medico può disattenderne il contenuto: se tra il momento in cui sono state redatte e quello in cui diventassero operative la scienza è diventata in grado di migliorare le condizioni di vita per quella specifica patologia. Ma a patto che il fiduciario o i familiari siano d'accordo. Vincolante per il medico – pure quando il paziente non fosse più in grado di comunicare – è anche la «pianificazione condivisa delle cure»: un documento sottoscritto da sanitario e malato.

Marcello Palmieri

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-GEN-2017
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Che fine fanno i nostri dati? Il Comitato di bioetica vigila

Dai bioeticisti del Cnb un parere che fissa alcuni criteri rigorosi per la gestione della crescente massa di informazioni mediche, genetiche e biologiche prelevate ai cittadini

di Graziella Melina

Uso incontrollato dei dati personali e sanitari, poca trasparenza sul reale utilizzo delle informazioni raccolte, scarsa consapevolezza della veridicità o meno delle notizie legate alla salute. Per far fronte alla pervasività delle nuove tecnologie, il Comitato nazionale per la bioetica (Cnb) sollecita norme che contribuiscano a evitare i rischi dell'abuso dei dati. Oltre a evidenziare le opportunità di sviluppo, in particolare nell'ambito sanitario, con la telemedicina, la medicina di precisione, l'elaborazione di politiche sanitarie, nel parere su «Tecnologie dell'informazione e della comunicazione e Big data: profili bioetici» pubblicato lunedì (*http://presidenza.governo.it/bioetica/*) il Cnb delinea anche «alcune criticità nella difficoltà a governare l'enorme massa di dati nella raccolta, analisi e uso dei dati, in modo particolare quando sono usati e applicati in modo diverso dalla raccolta iniziale o senza la consapevolezza dell'utente».

Il cittadino, spiega il presidente del Comitato, **Lorenzo d'Avack**, «deve essere informato sull'utilizzo che ne viene fatto, nonché delle procedure di trattamento e di analisi. E ancora, è indispensabile che l'utente sia consapevole dei limiti alla privacy, della possibilità di identificazione, dei possibili usi, anche commerciali». In particolare, «per quanto concerne l'aspetto della salute il Cnb sollecita le istituzioni sanitarie pubbliche a realizza-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-GEN-2017
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

re e a tenere aggiornato un sito informativo presso il quale il cittadino possa trovare conferma o smentita ufficiale sulla veridicità e qualità delle notizie in campo medico». Importante tenere conto dei problemi legati al divario digitale: «Se è necessario garantire condizioni di accesso a tutti coloro che intendono avvalersi delle nuove tecnologie – sottolinea d'Avack – è altrettanto necessario garantire i diritti di chi non può o non intende connettersi, soprattutto in modo specifico per quanto attiene l'accesso ai servizi per la salute dei cittadini».

Nel parere del Cnb si auspica inoltre una rimodulazione del consenso informato: «Deve essere flessibile e dinamico – sottolinea la vice presidente **Laura Palazzani** – in grado di renderci consapevoli di come verranno usati i dati, facendoci comprendere i confini e a volte i limiti della privacy nel momento in cui li cediamo. Non bisogna dimenticare che nell'epoca dei *big data* è sempre possibile risalire all'identità». Non è da sottovalutare quindi che «l'eventuale accesso ai dati sanitari da parte di compagnie assicurative o datori di lavoro può avere implicazioni rilevanti sulla nostra vita».

Stessi problemi nella gestione dei profili biologici: «Spesso non sappiamo con certezza come verranno usati i nostri dati: i confini tra ricerca scientifica e commerciale – avverte Palazzani – non sono facilmente distinguibili. A volte sono venduti a terzi senza che ne siamo consapevoli. Oggi c'è un potenziale mercato sanitario immenso, con interessi economici nascosti dietro la raccolta di informazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sanità24 | Il Sole 24 ORE

11-01-2017

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

EUROPA E MONDO

La mappa Ocse degli sprechi in sanità: un quinto della spesa è mal gestito. Ricette e best practice per risparmiare

di *Rosanna Magnano*

In Italia (così come in Australia, Belgio, Canada, Francia e Portogallo) un accesso su cinque al Pronto soccorso è inappropriato. Frodi ed errori in sanità hanno un impatto del 6% sul totale della spesa sanitaria dell'area Ocse e un cittadino su tre considera la sanità come un area gravemente esposta alla corruzione. I costi di gestione dei sistemi sanitari coprono in media il 3% del totale ma con variazioni da uno a sette tra i paesi membri. La penetrazione dei farmaci generici passa dal 10 all'80% tra i vari Stati ma in compenso il consumo di antibiotici è eccessivo ovunque (circa il 50% dell'impiego a uso umano è inappropriato) e genera fenomeni di antibiotico-resistenza. Un bambino su tre nasce da taglio cesareo quando questa pratica sarebbe consigliata in non più del 15% dei parti, in sette Paesi la percentuale supera il 35% e solo in quattro Paesi si avvicina al 15 per cento. Infine più del 10% della spesa per le cure in corsia è destinata a rimediare ad errori evitabili o a infezioni ospedaliere. Sono queste le maglie larghe degli sprechi in sanità individuati dal Rapporto Ocse «Tackling Wasteful Spending on Health».

Un quinto della spesa sanitaria nadrebbe meglio incanalata

Insomma aspettativa di vita e salute migliorano ovunque nell'area Ocse, ma la sfida della sostenibilità è ancora sul tavolo e la lotta è sempre più difficile, di fronte a cure innovative sempre più costose e al progressivo invecchiamento della popolazione. Ma una parte considerevole della spesa sanitaria, avverte l'Ocse, è eccessiva e oltre un quinto degli esborsi potrebbero e dovrebbero essere incanalati meglio. «Gli stessi benefici potrebbero essere conseguiti spendendo

meno - spiega l'Ocse - ad esempio utilizzando più frequentemente i farmaci generici e deospedalizzando l'assistenza». D'altro canto se il 9% del Pil dell'area è destinato alla salute, tre quarti dei quali pagati dai bilanci statali, questi errori di valutazione inficiano pesantemente la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali.

Le strategie per contenere gli sprechi sono quindi doverose e i metodi per una corretta valutazione delle prestazioni in termini di costo-efficacia, secondo l'Ocse, devono seguire una doppia linea: evitare interventi e procedure cliniche che non producono miglioramenti di salute, promuovere cambiamenti che portino risparmi, incentivando ad esempio l'uso dei generici, sviluppando ruoli avanzati degli infermieri per la gestione dei pazienti cronici o assicurandosi che pazienti che non richiedono cure ospedaliere siano assistiti in setting più appropriati e meno esosi come le cure primarie.

Di fatto troppo spesso i pazienti non ricevono l'assistenza giusta, ripetendo esami diagnostici solo perché le informazioni non sono adeguatamente condivise tra i diversi attori che erogano le cure, o ancora peggio sono sottoposti a terapie che causano gravi complicazioni che potrebbero essere evitate.

Tra i casi più frequenti di overdioagnosis e overtreatment segnalate dal Report: l'uso di diagnostica per immagini per semplici lombalgie o mal di testa; prescrizione di antibiotici per infezioni alle vie respiratorie superiori; troppi test pre-operatori per pazienti a basso rischio, uso di antipsicotici in pazienti anziani, nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o terminali, impiego di inibitori della pompa protonica per il trattamento del reflusso gastroesofageo; posizionamento del catetere urinario; imaging cardiaco in pazienti a basso rischio; taglio cesareo senza indicazione del medico.

Riconosci, informa, persuadi e paga

Per affrontare e vincere la guerra contro gli sprechi l'Ocse suggerisce una ricetta in cinque punti: creare sistemi informativi che individuino le prestazioni a scarso valore aggiunto; implementare sistemi di reportistica degli eventi avversi all'insegna della massima trasparenza; campagne di informazione mirate destinate a medici e pazienti; predisporre linee guida che possano migliorare il processo e gli esiti delle cure, riducendo interventi inutili e costi; prevedere incentivi finanziari che stimolino cambiamenti di comportamento.

Focus farmaci: come risparmiare sui prezzi e tagliare gli sprechi

Fari puntati anche sulla spesa farmaceutica, che da sola rappresenta il 20% della spesa sanitaria media nel area Ocse. Grandi quantità di medicinali non vengono utilizzati, troppe prescrizioni sono ridondanti, l'aderenza terapeutica da parte dei pazienti ha ampi margini di miglioramento e la gestione dei farmaci presenta buchi di inefficienza soprattutto in ospedale. In Australia ad esempio, da un'indagine sui medicinali finiti nel cestino è emerso che viene scartato un quantitativo di farmaci (il 70% soggetto a prescrizione) del valore pari a 2 mln di dollari australiani. Potenziali enormi risparmi sono poi attribuiti a un più largo ricorso a medicinali generici e biosimilari: per cinque Paesi europei più gli Usa è stato stimato che l'uso di farmaci equivalenti porterebbe un risparmio di 50

miliardi di euro entro il 2020.

Le best practice in giro per l'Ocse non mancano. Alcuni studi in Uk e Svezia hanno rivelato che lo spreco di medicinali si può ridurre del 30% seguendo più da vicino il paziente e permettendogli di ricorrere al counselling telefonico di farmacisti adeguatamente formati. Francia e Ungheria hanno introdotto incentivi per i medici sulla prescrizione di farmaci generici sulla base di schemi pay-for-performance. In Grecia, gli ospedali pubblici sono tenuti a raggiungere una quota del 50% dei farmaci generici sul volume totale dei farmaci somministrati. In Norvegia, l'acquisto centralizzato dei farmaci ha incluso 80 ospedali pubblici a partire dal 2016. La gamma di farmaci acquistati secondo questo sistema comprende una serie di oncologici ad alto costo, farmaci anti Epatite C , ormoni della crescita e immunostimolanti. Nel 2015 gli sconti ottenuti sui medicinali acquistati collettivamente sono stati in media del 30,4% rispetto ai prezzi medi spuntati dai Paesi vicini.

Cure ospedaliere: parola d'ordine cambiamento organizzativo

In media, i paesi Ocse spendono il 28% del totale per le cure in corsia. Ma l'assistenza ospedaliera è utilizzata più di quanto sarebbe clinicamente necessario. Tra ricoveri inappropriati, processi inefficienti - come ad esempio l'ammissione ospedaliera per interventi chirurgici che potrebbero essere eseguita su base ambulatoriale - degenze più lunghe del necessario e dimissioni ritardate a causa di mancati collegamenti tra ospedale e territorio. Il ricorso al Pronto soccorso è aumentato in 14 dei 19 paesi Ocse, raggiungendo una media di 31 accessi per 100 abitanti nel 2011, molti dei quali inappropriati. Secondo uno studio britannico, una migliore organizzazione delle cure primarie potrebbe ridurre dell'8-18% l'accesso al Ps con notevoli risparmi.

La chiave di volta è il cambiamento organizzativo. In Norvegia, grandi centri di assistenza primaria fungono da strutture intermedie, e forniscono cure non urgenti e un mix di assistenza post-acuzie, riabilitazione e assistenza ai bambini H24 e 7 giorni su 7. In questo modo, rafforzando le cure primarie si riducono i ricoveri.

Ma si può optare anche per forme di incentivi finanziari che promuovano comportamenti efficienti sulla base di linee guida ad hoc, su campagne di informazione e massiccio ricorso alla telemedicina. Da uno studio randomizzato di tre anni in Inghilterra è emerso infatti che la telemedicina potrebbe ridurre ricoveri di emergenza del 20% e del 15% i ricoveri per patologie croniche come diabete, malattia polmonare ostruttiva cronica e insufficienza cardiaca.

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

Avvenire POPOLUS

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-GEN-2017
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

Sigarette più care meno fumatori

L'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità, lo ripete da tempo: per ridurre il numero dei fumatori non c'è niente di meglio che aumentare il prezzo delle sigarette. È tornata a ribardirlo presentando l'ultimo rapporto sull'industria del tabacco: alzare la tassazione e raddoppiare il costo del pacchetto di sigarette ridurrebbe i tabagisti del 9%. Che, tradotto, significa 66 milioni di fumatori in meno al mondo. E molte vite risparmiate: ogni anno, sono almeno sei milioni le persone che muoiono per gli effetti del fumo, 83mila solo in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 28.334
Lettori Ed. I 2015: 391.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

12-GEN-2017
da pag. 28
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Nola Il ministro Lorenzin attacca ancora la Regione

«Fiera di aver soccorso quei malati»

Emilia Squillante è l'infermiera inginocchiata che presta soccorso ad una delle due donne distese sul pavimento nel pronto soccorso dell'ospedale di Nola: «Non sono un eroe».

Ieri intanto il ministro Lorenzin è tornato ad attaccare la Regione. «I medici non sono responsabili, ma l'organizzazione»

>A pag. 28

La sanità

Caso Nola, il ministro all'attacco: ritardi e carenze di Regione e Asl

De Luca insiste: «I responsabili paghino». De Magistris: «Chieda scusa»

Ultimatum Lorenzin: commissari pronti a subentrare alla Regione se non attua i decreti

Verdetto Polimeni e D'Amario: i medici non hanno colpe, ospedale al collasso

Gerardo Ausiello

«Nessuna responsabilità dei medici, ma gravi carenze della struttura e l'assoluta mancanza di protocolli d'emergenza». Eccoli i primi risultati dell'indagine avviata dal ministero della Salute sul caos all'ospedale di Nola, dove i pazienti sono stati curati sul pavimento, nemmeno più sulle barelle.

Un verdetto, arrivato al termine del sopralluogo degli ispettori inviati da Beatrice Lorenzin e coadiuvati dai commissari di governo Joseph Polimeni e Claudio D'Amario, che sconfessa di fatto la linea assunta dalla Regione: il governatore Vincenzo De Luca, pur esprimendo «solidarietà e apprezzamento per il lavoro eccezionale che fanno i medici, e non solo in questa occasione», ha infatti chiesto il licenziamento dei responsabili, «quelli chiamati a rispondere dell'accaduto», che però sono sempre medici (sono stati sospesi per 30 giorni, infatti, il direttore sanitario di presidio Andreo De Stefano, il responsabile del pronto soccorso Andrea Manzi e il responsabile della medicina d'urgenza Felice Avella). Lo ha spiegato lo stesso ministro rispondendo, durante il question time alla Camera, all'interrogazione presentata dai deputati di Forza Italia Paolo Russo, Mara Carfagna, Luigi Cesaro, Nunzia De Girolamo e Carlo Sarro: «Hanno avuto accesso al pronto soccorso 265 persone (con una punta massima di 320) rispetto ad una media giornaliera di 166 accessi: tale incremento, assolutamente prevedibile, ha palesato evidenti criticità del sistema di gestione dell'emergenza-urgenza presso l'ospedale di Nola, l'Asl Napoli 3 e, più in generale, della Regione Campania». Gli accertamenti compiuti, ha chiarito Lorenzin, «mi hanno permesso di constatare che non vi erano i protocolli che avrebbero consentito di utilizzare i posti letto tecnici disponibili, i quali avrebbero potuto essere occupati dai pazienti accorsi al pronto soccorso. Così come avrebbero potuto essere utilizzati posti letto presenti presso il vicino ospedale di Pollena». E ancora: «Ho accertato che fondamentali decreti commissariali emessi nel 2016, come quelli di riordino della rete ospedaliera, di attivazione della rete di assistenza territoriale e di costituzione dell'azienda unica regionale di emergenza urgenza, risultano sostanzialmente ancora inattuati da parte dei vertici delle Asl campane, con ricadute gravissime per i pazienti».

Da qui l'ultimatum del ministro alla Regione: «Ho subito richiesto ai commissari di governo di esercitare tutti i poteri previsti dalla legge. I commissari, proprio in queste ore, hanno quindi provveduto a sollecitare ulteriormente il direttore generale della sanità campana nonché il manager dell'Asl Napoli 3 affinché venga data attuazione ai provvedimenti commissariali e al completamento delle opere di manutenzione straordinaria già programmate presso l'ospedale di Nola». Altrimenti Polimeni e D'Amario potranno «anche sostituirsi agli organi della Regione qualora risultino inerti».

Rincarano la dose i commissari di governo, che nella visita al nosocomio hanno rilevato «criticità legate in parte allo stato di manutenzione ordinaria della struttura e all'indisponibilità di un'intera ala di degenza, che avrebbe potuto fornire un supporto aggiuntivo di 25 posti letto». Quanto alle eventuali responsabilità dei medici, osservano: «Da una prima analisi sul campo non sembrano rilevarsi particolari inadempienze professio-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 28.334
Lettori Ed. I 2015: 391.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

12-GEN-2017
da pag. 28
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

nali nella gestione dei casi clinici trattati nella serata del 7 gennaio, in quanto i sanitari si sono adoperati per gestire il percorso diagnostico-terapeutico con apparente appropriatezza ed efficacia». Ai rilievi mossi dal ministro e dalla struttura commissariale risponde De Luca, che invoca un'«operazione verità» contro le strumentalizzazioni: «Rispetto e gratitudine per il personale medico. Individuazione rigorosa di ogni responsabilità. Se c'è uno che ha tutelato il personale medico impegnato ogni giorno e ad ogni ora in trincea nei nostri ospedali è il presidente della Regione. Dal lavoro fatto insieme al Cardarelli per eliminare le barelle all'apertura di cinque pronto soccorso senza i quali sarebbe stato il disastro, ai già mille nuovi assunti dopo nove anni di blocco del turn over: ecco chi sono gli amici dei medici, non chi fa chiacchiere senza aver fatto nulla. Riflettori accesi, faremo luce su ogni angolo della sanità campana». Poi aggiunge: «Quanto accaduto a Nola non era inevitabile. Considero indegno avere dei pazienti per terra in una struttura in cui al piano di sopra c'era la rianimazione pronta per accogliere in situazione di dignità molti pazienti». Ma, nonostante il distinguo operato da De Luca, le polemiche non si placano. A gettare benzina sul fuoco è ancora una volta il sindaco di Napoli, Luigi de Magistris: «Immagini inaccettabili e vergognose, quello di Nola sembrava un ospedale siriano - dice ai microfoni di Televomero - Non c'è giustificazione che regga, le responsabilità principali sono politiche e di alta amministrazione, i medici vanno apprezzati per aver curato anche in condizioni difficili i pazienti. De Luca avrebbe dovuto chiedere scusa ma il punto è che Bassolino, Caldoro e De Luca fanno parte tutti della stessa cricca politica, nel senso di modo di intendere il rapporto tra politica e territorio». Intanto il comitato centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri chiede l'immediata revoca dei provvedimenti di sospensione che hanno colpito i colleghi. D'accordo il deputato di Forza Italia Russo, secondo cui «ai medici del nosocomio andrebbe conferita la medaglia al valore», e il capogruppo in Consiglio regionale del partito di Berlusconi, Armando Cesaro, che ha annunciato un'interrogazione su quanto accaduto. Il capogruppo dei Verdi Francesco Borrelli, invece, avverte: «Si esca dall'ambiguità. Bisogna sfiduciare i commissari. Se non lo si vuole fare, magari in vista dell'ingresso del Nuovo Centrodestra in maggioranza, noi non ci stiamo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

11-01-2017

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Usa, un crociato anti-vaccini guiderà commissione per indagare sul rischio autismo

E' Robert F. Kennedy Jr., nipote del presidente Kennedy. Il nuovo presidente Trump vuole creare un organismo per "indagare sulla sicurezza" delle vaccinazioni

di ALBERTO FLORES D'ARCAIS

Robert F.Kennedy Jr. **NEW YORK** - È un 'crociato' anti-vaccini ed ha un nome che tutti conoscono. **Robert F. Kennedy Jr.** - figlio di Bob e nipote del presidente assassinato a Dallas - è l'uomo scelto da **Donald Trump** per guidare la commissione che il nuovo presidente vuole creare per "indagare sulla sicurezza" dei vaccini. Robert F. Kennedy Jr. è noto (oltre che per il nome che porta) anche come attivista sull'ambiente, per il suo programma radio (Ring of Fire) e per diversi libri per bambini che ha scritto. Negli ultimi tempi si è però concentrato sulla questione dei vaccini, nella (sua) convinzione, contro ogni logica scientifica, che siano collegati all'autismo.

The Donald lo ha ricevuto ieri alla Trump Tower sulla Fifth Avenue di New York. "Il presidente eletto ha alcuni dubbi sulle attuali politiche seguite in materia di vaccini e mi ha posto domande al riguardo", ha detto Kennedy Jr. parlando con i giornalisti all'uscita dall'incontro e confermando la proposta che il nuovo presidente gli ha fatto. Il portavoce di Trump Bob Hicks ha poi precisato che "il presidente eletto ha apprezzato la discussione con Kennedy su un'ampia gamma di questioni. Apprezza le sue idee e i suoi pensieri e sta esplorando la possibilità di formare una commissione sull'autismo, che colpisce così

tante famiglie. Al momento non è stata ancora presa una decisione definitiva".

La possibilità che Trump possa avviare una commissione di inchiesta sulla sicurezza dei vaccini metterebbe in aperto contrasto il nuovo presidente con le posizioni che finora sono state prese dal governo americano (con l'avallo delle principali autorità scientifiche) in materia. Il comitato federale sui vaccini, composto da esperti e medici della sanità pubblica, ha sempre raccomandato l'uso dei vaccini in tutti gli Stati Uniti. Medici ed esperti che anno sempre contestato la validità delle tesi sostenute da Kennedy, considerate frutto di una pericolosa teoria del complotto. "È veramente preoccupante, è difficile immaginare qualcuno meno qualificato di lui a guidare una commissione sui vaccini", ha dichiarato, Peter Hotez, direttore della National School of Tropical Medicine e presidente del Sabin Vaccine Institute.

Sulla questione vaccini Donald Trump ha sempre mostrato molto scetticismo. Nel 2015 ha pubblicamente detto in un dibattito che "sono la causa dell'autismo", ripetendo quanto da lui sostenuto sia nel 2014 che nel 2012.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 338.556
Diffusione 09/2016: 285.200
Lettori Ed. II 2016: 1.369.000
Settimanale - Ed. nazionale

FAMIGLIA CRISTIANA

Dir. Resp.: Antonio Rizzolo

15-GEN-2017
da pag. 85
foglio 1
www.datastampa.it

MALATTIE MIELOPROLIFERATIVE

SE S'AMMALANO DI TUMORE LE CELLULE STAMINALI

Sono le uniche cellule progenitrici del midollo osseo. Se subiscono una trasformazione tumorale e continuano a differenziarsi danno origine a patologie croniche

di **Filippo Tradati**
Medico e docente universitario

Tutte le cellule presenti nel nostro sangue, globuli rossi, globuli bianchi e piastrine, derivano da un'unica cellula progenitrice presente nel midollo osseo: la **cellula staminale.** E anche queste cellule possono subire una trasformazione tumorale, andando incontro a una proliferazione incontrollata.

Se le cellule staminali ammalate mantengono la capacità di maturare e di differenziarsi, le malattie che ne deriveranno saranno definite "croniche", più specificatamente **sindromi mieloproliferative croniche.** Potremo, quindi, avere una malattia caratterizzata da troppi globuli rossi (**policitemia vera**), una da troppi globuli bianchi (**leucemia mieloide cronica**), una malattia con troppe piastrine (**trombocitemia essenziale**) e anche una malattia del midollo in cui aumenta troppo la componente fibrosa, l'"impalcatura" su cui si appoggiano le cellule del midollo, la **mielofibrosi idiopatica** (idiopatica = senza causa nota).

Più rare sono la **leucemia mielomonocitica cronica,** la **sindrome ipereosinofila** e la **mastocitosi,** derivate dalla proliferazione neoplastica di altri tipi di globuli bianchi, rispettivamente i monociti, gli eosinofili e i basofili. Queste malattie sono dette "croniche" anche perché, in alcuni casi, possono durare anni, anche decenni, se trattate con le giuste terapie.

CAUSE SCONOSCIUTE. In genere compaiono in età adulta, dopo i 50 anni, senza differenze tra maschi e femmine. Le cause sono del tutto sconosciute: forse alcuni fattori ambientali possono, nel tempo, favorire lo sviluppo delle malattie (**ad esempio, le radiazioni** per la leucemia mieloide cronica).

In molti casi la diagnosi viene fatta casualmente in seguito a controlli di routine in pazienti asintomatici. In altri casi vi sono segnali che possono portare a un sospetto diagnostico quali: **sintomi non specifici** (stanchezza, calo di peso, dolore al fianco sinistro, febbricola, sudorazioni, prurito, sensazione di bruciore a mani o piedi e dolori ossei diffusi) e **sintomi specifici** delle sindromi mieloproliferative croniche, come l'aumento del volume della milza e del fegato, fenomeni emorragici o dei problemi di tipo trombo-embolico legati all'occlusione di arterie di piccolo e medio calibro (cervello, cuore, retina, polmone) da parte delle cellule presenti in quantità eccessiva nel sangue e dai meccanismi trombotici che esse attivano.

La diagnosi si fa con dei semplici esami del sangue seguiti da una visita specialistica e da eventuali successivi accertamenti (aspirato/biopsia midollare, studio patrimonio genetico ed eventuali mutazioni).

LA DOMANDA DELLA SETTIMANA

Ho un parente con una sindrome mieloproliferativa cronica. Vorrei sapere se esiste familiarità.

ORNELLA, BRINDISI

— **Il sette per cento circa dei soggetti** *con una malattia mieloproliferativa cronica ha un parente affetto dallo stesso gruppo di patologie. Sono state evidenziate mutazioni genetiche presenti nei pazienti con SMC (JAK2, CALR o MPL). Queste mutazioni sono però presenti anche in soggetti senza alcuna familiarità e, a tutt'oggi, non sono ancora state trovate le prove scientifiche che vi sia una trasmissione ereditaria di queste mutazioni e quindi della familiarità delle sindromi mieloproliferative croniche. Da notare che l'andamento clinico delle forme familiari è del tutto sovrapponibile a quello delle forme sporadiche in cui non vi sono familiari affetti.*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 205.726
Diffusione 09/2016: 142.938
Lettori Ed. II 2016: 446.000
Settimanale - Ed. nazionale

GIOIA

Dir. Resp.: Maria Elena Viola

21-GEN-2017
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

seneparla

Meningite
Adulti e VACCINATI?

Vanno immunizzati i bambini e le altre categorie a rischio. Poi basta. Perché, dicono gli esperti, non c'è epidemia. E se avete dubbi, leggete qui

di Federica Furino

Scelte di famiglia Bebe Vio e la sua famiglia fanno da testimonial alla campagna di sostegno per la vaccinazione contro le menigiti.

Sessantun casi in Toscana. Due ragazze morte a Milano, studentesse di Chimica, contagiate da portatori sani dello stesso batterio: il meningococco C. E poi nuovi casi a Treviso, Genova, Napoli, Sulmona, Roma. E ora una morte sospetta a Valperga, vicino a Torino. Eppure, nella gara a tempo della meningite, tra batterio e notizia, a vincere pare non sia il primo ma la seconda. Ecco che cosa serve sapere, secondo Giovanni Rezza (direttore del Dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità), per scongiurare il panico.

C'è un'emergenza meningite?

I media riportano ogni caso di meningite dando l'idea di un'epidemia che, nei fatti, non c'è. A parte la Toscana, i numeri sono in linea con quelli di sempre. Anche il picco di questi giorni è normale: d'inverno, in ambienti chiusi, il contagio è più facile.

Nemmeno in Toscana si può parlare di epidemia?

I numeri delle malattie batteriche invasive da meningococco C sono superiori alle medie (61 dal 2015), perché si tratta di un sottogruppo (St11), molto aggressivo. Ma un'epidemia non c'è. Sono circoscritti alla valle dell'Arno. Già nel sud della Toscana è tutto normale.

È facile essere contagiati?

No. La trasmissione avviene per via aerea, ma questi batteri sopravvivono pochi minuti fuori dall'organismo. Oltre il 95 per cento dei contagi avviene dal contatto con portatori sani, che contraggono la malattia senza svilupparla: restano contagiosi per qualche giorno.

Come ci si difende?

Vaccinandosi. Non si può smettere di baciarsi, andare a scuola, in discoteca o al ristorante.

Dobbiamo vaccinarci tutti?

Solo le categorie a rischio: bambini piccoli e in età scolare, adolescenti e giovani adulti che hanno uno stile di vita più promiscuo. I vaccini anti-pneumococco e meningococco C sono già tra le vaccinazioni pediatriche raccomandate; quello contro meningococco B è stato appena inserito nei Livelli essenziali di assistenza e quello contro l'Hemophilus è nell'esavalente. Agli adolescenti è consigliato l'anti-meningococco tetravalente (A, C, W, Y) che copre anche sottogruppi diffusi all'estero.

Per gli adulti?

È raccomandato solo agli anziani (anti-pneumococco), persone affette da patologie specifiche (talassemia, diabete, immunodeficienze acquisite, etc) o che frequentano discoteche, scuole, dormitori, collegi. In Toscana la vaccinazione è stata prevista per tutti. Nelle altre regioni, no. Chi vuole può farla, ma almeno aspetti che nei centri vaccinali sia tornata la calma.

1.000

Sono i casi di meningite e sepsi (setticemia) che ogni anno si verificano in Italia, causati da diversi batteri. Il più aggressivo è il meningococco, di cui esistono diversi sottogruppi: A, B, C, Y, W (B e C sono quelli più diffusi in Europa, 178 casi nel 2016). Poi: pneumococco (940 casi), Hemophilus influenzae e, in misura minore, altri batteri come stafilococco ed Escherichia coli.

GETTY IMAGES, TWITTER.COM / BEBE VIO, INSTAGRAM.COM/CHAMPAIGNEPAPI, REDDIT.COM

data stampa
dal 1980 monitoraggio media