Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-APR-2017
da pag. 21
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LAZIO, PRIMO TEST NAZIONALE

L'aborto con la Ru486 anche nei consultori

ANNA RITA CILLIS
MARIA NOVELLA DE LUCA

ABORTO nei consultori familiari. Fuori dagli ospedali. Fuori dai reparti di interruzione volontaria di gravidanza. Accade nel Lazio, dove dalla prossima estate sarà possibile per le donne accedere all'aborto farmacologico, con la pillola Ru486, anche nei consultori familiari. Sarà una sperimentazione, durerà 18 mesi, ed è la prima volta che accade in Italia. La novità, una rivoluzione che punta alla de-ospedalizzazione dell'aborto, fa parte del piano di riorganizzazione della Sanità nel Lazio.

A PAGINA 21

La pillola dell'aborto anche in consultorio rivoluzione nel Lazio

Svolta della giunta Zingaretti: via dalla prossima estate La destra attacca: serve l'ospedale, violata la legge 194

La ginecologa: "Un percorso più umano per le donne, con la Ru486 il ricovero non serve"

Il dirigente: "Diminuirà la pressione sui reparti dove si fa l'interruzione volontaria di gravidanza"

ANNA RITA CILLIS
MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. Aborto nei consultori familiari. Fuori dagli ospedali. Fuori dai reparti di interruzione volontaria di gravidanza. Accade nel Lazio, dove dalla prossima estate sarà possibile per le donne accedere all'aborto farmacologico, con la pillola Ru486, anche nei consultori familiari. Sarà una sperimentazione, durerà 18 mesi, ed è la prima volta che accade in Italia.

La novità, di fatto una vera e propria rivoluzione che punta alla de-ospedalizzazione dell'aborto chimico, fa parte del piano di riorganizzazione della Sanità nella regione Lazio. E proprio in questi giorni un gruppo di lavoro sta definendo le linee guida della sperimentazione. «L'obiettivo è quello di rendere l'accesso alla legge 194 il meno gravoso possibile per le donne — spiega Vincenzo Panella, direttore generale del dipartimento Salute e Politiche Sociali della regione Lazio — in un contesto come quello del consultorio dedicato interamente alla salute femminile, a cominciare dalla contraccezione». In ogni Asl della regione saranno individuate alcune strutture, tra quelle più strettamente connesse agli ospedali, dove alle pazienti verrà somministrata la pillola Ru486. «Nel Lazio — aggiunge Panella — l'aborto chimico può già essere effettuato in day-hospital, ma in molti paesi europei, ad esempio in Francia, è ormai una pratica ambulatoriale. Nella nostra regione ormai il 15% delle interruzioni di gravidanza avviene con la Ru486, e lo spostamento nei consultori potrebbe allentare la pressione sugli ospedali, ma anche offrire alle donne un'assistenza multidisciplinare. In un contesto — precisa Panella — dove la sicurezza è garantita, appunto, dalla stretta collaborazione tra consultorio e ospedale». Un salto in avanti, visto che in gran parte d'Italia l'aborto chimico non è affatto considerato una pratica ambulatoriale, anzi è consentito in day-hospital soltanto in cinque regioni. E la Ru486 nei consultori è già finita nel mirino delle organizzazioni pro-life, che annunciano ricorsi al Tar e accusano il governatore

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-APR-2017
da pag. 21
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Zingaretti di aver violato la legge 194. Un nuovo "strappo" per i movimenti del Family Day, dopo il concorso indetto nei mesi scorsi all'ospedale San Camillo dedicato unicamente ai ginecologi non obiettori.

«All'articolo 8 — dice Olimpia Tarzia della lista Storace nel consiglio regionale — si afferma che l'aborto può essere praticato unicamente negli ospedali, o nei poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati». In realtà, replica Anna Pompili, ginecologa, tra le ideatrici del progetto, «alcuni nostri consultori sono già dei poliambulatori, e sarà soltanto in queste strutture che si potrà fare l'aborto chimico».

«Lavoro da molti anni nei reparti della 194 — ricorda Anna Pompili — e so quanto le donne sarebbero più serene se potessero affrontare l'interruzione di gravidanza in un luogo più appartato, dove si possa instaurare un vero rapporto con i medici». E anche i rischi della pillola Ru486, secondo Anna Pompili sono un falso problema.

«L'obbligo di ricovero non è un fatto sanitario, è un fatto ideologico e politico, per rendere l'aborto un percorso gravoso per le donne. Come se dovessero essere punite di qualcosa. Noi non vogliamo banalizzare la scelta, ma rendere il tutto più umano. E la Ru486 è una pratica ambulatoriale, non ospedaliera». Una volta accertata la gravidanza, entro le prime sette settimane, le donne potranno andare nei consultori, dove di fronte al personale sanitario prenderanno la pillola abortiva. Due giorni dopo dovranno tornare per ricevere il secondo farmaco, le prostaglandine, e una volta ultimato il percorso, torneranno al consultorio per essere visitate.

Certo resta aperta anche qui l'incognita dell'obiezione di coscienza. «Infatti è una sperimentazione — dice Cecilia D'Elia, consulente di Zingaretti per le politiche di genere — all'interno di un programma di rilancio globale dei consultori, che prevede ad esempio il test di gravidanza gratuito per le minorenni. All'estero ha funzionato, vedremo se anche l'Italia è pronta».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

87.639

ABORTI IN UN ANNO
Sono stati 87.639 (-9% rispetto all'anno precedente) gli aborti eseguiti in Italia nel 2015. E' l' ultimo dato disponibile, contenuto nella relazione al Parlamento sull'applicazione della legge 194 del dicembre 2016

11.134

CON LA RU486
Nel 2015, su 87mila interruzioni di gravidanza, 11.134 sono state ottenute con il ricorso alla pillola abortiva. Nell'anno in cui fu autorizzata dall'Aifa, il 2009, ne furono usate 857. Da allora il loro impiego è aumentato costantemente

40,3%

IL RECORD IN LIGURIA
Se la pillola abortiva viene assunta per effettuare in media il 15% degli aborti, ci sono regioni dove questo dato è molto più alto. In Liguria si arriva al 40,3% seguono Piemonte (32,5%), Emilia Romagna (25,8%) e Toscana (20,1%)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

05-APR-2017
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

LETTERA

LORENZIN: «MAI SCELTO DI DONARE IL MIO CORDONE»

■ Gentile direttore, non riesco a capacitarmi delle ragioni dell'articolo di Antonello Piroso (*La Verità* di ieri). Articolo in cui, mentre parla di preparazioni galeniche ignorando la nuova disciplina emanata la scorsa settimana, tira in ballo, in modo disgustoso, una notizia totalmente priva di fondamento riguardante la mia vita personalissima e scelte private che riguardano la sfera genitoriale mia così come di altri. Antonello Piroso sostiene che io abbia conservato il sangue del cordone ombelicale in forma autologa per uso privato presso un centro estero. Ebbene, siamo di fronte ad una vera e propria notizia falsa, in quanto il sangue del mio cordone ombelicale non è stato oggetto di alcuna donazione: né pubblica, né per uso privato. Lo avrei donato se fosse stato possibile. Ho avuto un parto in emergenza e non è stato assolutamente possibile disporre alcunché in quanto l'unica preoccupazione per i medici in quel momento era la salute dei miei bambini.

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

La ringrazio per la risposta. Questo consente di mettere fine a una leggenda metropolitana (vogliamo metterla così?) che circola da qualche tempo in ambiente politico-ospedaliero. Per come presumo lei mi conosca, sa che non sono uso a inventare notizie né a prestarmi a giochi o giochini di bassa cucina giornalistica, né tanto meno *La Verità* con cui collaboro. Sono lieto di averle dato la possibilità di chiarire. [A.P.]

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Risponde
ETTORE CICINELLI
segretario della Società italiana ginecologia e ostetricia

LE VENDITE DELLA PILLOLA DEI CINQUE GIORNI DOPO SONO DA RECORD. COME SI SPIEGA?

Da quando è caduto l'obbligo della ricetta medica, se ne vendono oltre seicento al giorno. Qual è la ragione di tale diffusione? E in che cosa consiste il farmaco?

Purtroppo si tratta di un incremento largamente atteso. La ragione è presto detta: l'Italia è il fanalino di coda nell'utilizzo di una contraccezione efficace e pianificata. Resiste infatti uno zoccolo duro di pazienti che si espone al rischio di gravidanze indesiderate e, ancor più grave, di contrarre malattie sessualmente trasmissibili. Era dunque prevedibile che senza l'obbligo di ricetta medica le vendite della pillola in questione si impennassero. Si tratta comunque di un vero e proprio anticoncezionale, ancorché d'emergenza. A differenza della Ru486, infatti, non siamo di fronte a un farmaco abortivo. Infatti la pillola dei cinque giorni dopo blocca o ritarda l'ovulazione, impedendo al seme maschile l'incontro con l'altro attore della fecondazione, l'ovocita. Basta essere maggiorenni e recarsi in farmacia per ottenere il medicinale, che è efficace e presenta pochissimi effetti collaterali, il che rende sicura la sua assunzione anche per le pazienti che lo prendono al di fuori del controllo medico.Tutto bene dunque? Non direi. Mi sembra sia un'occasione persa. È chiaro che la pianificazione di una contraccezione consapevole implica un rapporto continuativo con il ginecologo. Rapporto che può costituire l'occasione per prevenire disturbi legati all'apparato riproduttore, che vengono sempre più spesso scoperti quando ormai è tardi. Un esempio lampante è l'endometriosi, per diagnosticare la quale in media ci vogliono sette anni. Se invece la paziente segue uno screening periodico dallo specialista, eventuali disturbi vengono alla luce prima e possono essere seguiti più efficacemente.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

HiQPdf Evaluation 04/04/2017

Sanità, ticket in soffitta? Le ipotesi in campo

SANITÀ

Tweet

(Fotogramma)

Pubblicato il: 04/04/2017 12:49

Il sistema dei ticket sanitari potrebbe essere presto rivoluzionato. Il meccanismo introdotto nel 1982 per garantire la compartecipazione dei cittadini alla spesa pubblica sanitaria domani sarà oggetto di un incontro tra le Regioni e il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Tra le ipotesi in campo vi è innanzitutto la **revisione delle soglie di esenzione**, che permetterebbe di modificare la platea dei beneficiari. Oggi sono esenti dai ticket su pronto soccorso e prestazioni specialistiche gli anziani con oltre 65 anni e un reddito non superiore a 35 mila euro (che potrebbe essere ridotto), i disoccupati e i loro familiari a carico con un reddito non superiore a 8.300 euro (che, invece, potrebbe essere aumentato), i titolari di pensione sociale e i pensionati al minimo di età superiore ai 60 anni.

Altra ipotesi sul tavolo è l'indivuazione di una **franchigia proporzionale al reddito** che permetterebbe di sgravare le fasce più deboli, i disoccupati e le famiglie numerose. Superata tale franchigia, che sarebbe più alta per i redditi bassi e ridotta o annullata per quelli più alti, le prestazioni sanitarie eccedenti diventerebbero a pagamento. Per finanziare l'abolizione dei ticket si starebbe valutando anche un **differente riparto del Fondo sanitario nazionale**, con il rischio però di un ulteriore squilibrio tra le diverse realtà regionali che gestiscono i ticket in maniera autonoma. Le modifiche sul sistema dei ticket, ha spiegato la ministra Lorenzin, avverrebbero nell'ambito di "una sana e intelligente spending review sulla sanità".

Tweet

TAG: Beatrice Lorenzin, sanità, ticket, riforma, Regioni

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

Come armi e droga: il business degli animali

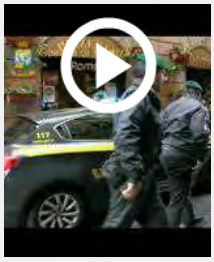
Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Pensione anticipata, da oggi si calcola online
2. Rissa in diretta tv, volano schiaffi a Domenica Live
3. Pensione anticipata, cos'è e come fare domanda
4. Terrore a San Pietroburgo, bomba in metro: 11 morti e 42 feriti
5. Conto corrente, le regole per pagare meno spese

Video

Torino, braccia spezzate e torture: stalliere punito per aver denunciato i titolari



Roma, operazione 'boccone amaro': sigilli a ristoranti e bar in centro

Cuccioli di volpe gettati nei rifiuti, salvati da un cane

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

05-APR-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

CACCIA AL RICCO

Il governo annuncia l'abolizione dei ticket Ma taglia le detrazioni sulle spese sanitarie

Un piano per escludere i redditi alti dagli sgravi su farmaci e prestazioni

Roma Si scrive abolizione dei ticket su prestazioni e diagnostica sanitaria, si legge aumento delle tasse. Il governo è a caccia delle coperture per la manovra da 3,4 miliardi che arriverà a giorni. Forse un po' dopo il Def, ha annunciato il ministro dell'Economia durante l'incontro con i parlamentari del Pd.

Pier Carlo Padoan è stato molto vago sui tagli alle spese, anche perché in questo capitolo potrebbe rientrare il riordino delle Tax expenditures. Le 444 agevolazioni fiscali che si sono stratificate negli anni. Spesso micromisure settoriali, varate dai governi per motivi elettorali.

Sono anni che i governi tentano una riforma complessiva delle spese fiscali, ma non ci riescono.

Questa volta qualcosa potrebbe arrivare al consiglio dei ministri, come anticipato dal *Giornale* sabato scorso. In particolare si pensa a un taglio delle detrazioni per le spese sanitarie. Accompagnato, per renderlo più digeribile, da una riforma dei ticket. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin oggi incontrerà i rappresentanti delle regioni e illustrerà il piano. Anche perché le entrate dei ticket vanno alle autonomie locali.

L'idea di fondo è quella di fare pagare «i ricchi» e fare quel tanto di cassa che serve alla manovra (oppure al Def e alla prossima legge di Bilancio). I ticket, è il ragionamento di Lorenzin, valgono tre miliardi sui 113 del Fondo sanitario nazionale, c'è quindi il margine per eliminare la tassa sulla salute introdotta negli anni Ottanta, con una serie di misure compensative. Tra queste c'è l'ipotesi di annullare le detrazioni del 19% per farmaci e spese mediche oltre una certa soglia di reddito oppure di individuare una franchigia in base al reddito, superata la quale le prestazioni sarebbero a pagamento. Altre ipotesi sul tavolo sono quelle di rivedere le soglie di esenzione (valore 8 miliardi di euro) spostandole verso le fasce più deboli, i poveri e gli anziani, e l'avvio di una nuova revisione della spesa sanitaria affidando la responsabilità della manovra alle singole regioni.

Misure presentate come una rimodulazione per facilitare i redditi più bassi, ma che rischiano di diventare un semplice aumento di tasse a danno dei redditi più alti.

Così come è stato ipotizzato, questo piano non può fare piacere all'ex premier Matteo Renzi, che si è opposto al riordino dei bonus fiscali. Come altre misure teoricamente a invarianza di gettito (ad esempio la riforma del catasto) rischiano di tradursi in aumenti delle tasse. Le regioni hanno presente il problema. «È evidente che non è possibile cancellare i ticket sanitari prima di capire come si finanzia il sistema. Anche perché non si può caricare tutto sul fondo sanitario. Ma credo che i tempi siano maturi per mettere mano alla questione e rimediare a situazioni paradossali legate all'attuale sistema», ha spiegato Antonio Saitta, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità. Tradotto: date altre entrate alle regioni, magari più certe dei ticket. Il taglio alle detrazioni è una risposta valida per i governatori. Molto meno per i contribuenti.

SALUTE Il ministro Beatrice Lorenzin

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-APR-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Oggi vede le Regioni

Lorenzin rivoluziona i ticket Ora vuole collegarli al reddito per proteggere le fasce deboli

Si cerca l'accordo su una riforma del sistema di contribuzione per la sanità. Difficile la via dell'abolizione

ANNA FIORINO
ROMA

A tre anni dal patto per la Salute, oggi si torna a parlare di ticket sanitari. Il ministro per la Salute, Beatrice Lorenzin, vuole riscrivere un sistema nato per garantire l'accesso alle cure, livellato in alto con gli standard di migliore offerta e divenuto, per molti, insostenibile da quando la crisi ha acuito le differenze sociali. Oggi il ministro spiegherà il suo progetto ai rappresentanti delle Regioni fondato su detrazioni legate al reddito e su nuove soglie di esenzione.
La rimodulazione dei ticket risponde all'ipotesi di andare incontro alle fasce più deboli, come vuole il Patto per la Salute, ma soprattutto a una convinzione personale del ministro che Lorenzin così sintetizza: «I ticket attuali sono un ostacolo all'accesso delle cure per i cittadini meno abbienti». La nuova via dovrebbe rispondere al criterio di far pagare un po' di più i ricchi e un po' di meno gli altri. Le strade per ottenere il risultato sono diverse e tutte in campo. Si parte dal risparmio, che solo le Regioni possono decidere di attuare, sugli accessi ai pronto soccorso e sulle visite specialistiche, si ipotizza una modifica al sistema delle detrazioni fiscali, senza trascurare, infine, la franchigia in base al reddito. I ticket oggi valgono tre miliardi sui 113 del Fondo Sanitario Nazionale. Lorenzin vorrebbe alleggerire la spesa delle famiglie numerose e di coloro che, perdendo il lavoro, sono minacciati dalla povertà. Immaginando, ad esempio, che i tre miliardi potrebbero essere spesi a sostegno delle fasce più deboli (anziani e donne). Il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Antonio Saitta, ricorda che il gruppo fra Regioni e Ministero sui nuovi ticket era stato già istituito nel 2014, «ma è rimasto su un binario morto. Lo dobbiamo riprendere con gli obiettivi del Patto per la Salute e definire una data entro la quale concludere il lavoro. Vogliamo semplificazione, omogeneizzazione e tutela dei più deboli. Vedremo concretamente con quali modalità. Ma l'ipotesi di una totale abolizione dei ticket - conclude Saitta - suscita perplessità. Occorrono risorse per poter finanziarne l'abolizione che ha effetti sul Sistema Sanitario per una questione che non è soltanto nostra ma anche del governo». Oggi in Italia i ticket spaccano l'Italia in due con una spesa di 32 euro l'anno a testa in Veneto e 8,2 in Sicilia. Unificare i costi a carico pubblico resta obiettivo e ostacolo ogni volta che si parla di salute. Senza dimenticare che gli italiani, oltre ai tre miliardi di ticket, spendono ogni anno altri 40 miliardi. Per curarsi privatamente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

05-APR-2017
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'intervista

Lorenzin: ticket, eliminarli si può

Alberto Gentili

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, lancia la proposta di eliminare il ticket.

A pag. 9

La sanità

L'intervista Beatrice Lorenzin

«Studiamo con le Regioni l'eliminazione del ticket»

▶«Proporrò ai governatori un tavolo tecnico misto, revisione entro l'estate»

▶«Impediremo la riforma del catasto non si può colpire di nuovo la casa»

NON POSSIAMO ACCETTARE CHE L'ASSE DELLA PROPOSTA POLITICA VENGA STRATTONATO A SINISTRA

IN ITALIA COME IN EUROPA IL CETO MEDIO È IMPOVERITO VA TUTELATO E SAREMO NOI CENTRISTI A FARLO

Ministro Lorenzin, Alternativa popolare è appena nata e già scendete sul sentiero di guerra?

«Guerra? Dal 2014 siamo stati la forza più responsabile e continuiamo ad esserlo. Il governo è la garanzia non solo della stabilità, ma dell'attuazione delle riforme degli ultimi tre anni, così come di arrivare alla fine della legislatura con una legge elettorale che non consegni il Paese al caos. Ma non possiamo accettare che l'asse della proposta politica venga strattonato a sinistra. La barra deve restare dritta sulla crescita, con l'ambizione di impedire che l'Italia venga consegnata ai populisti».

Alfano ha ricordato a Gentiloni che il governo non è un monocolore Pd...

«Già. L'esecutivo deve governare nell'interesse degli italiani, volando alto. E deve tenersi alla larga delle vicende interne ai partiti che si consumeranno inevitabilmente nei prossimi mesi, ma anche i partiti devono fare lo stesso. Sono sicura che Gentiloni saprà trovare la sintesi nella coalizione e nel Paese».

Nessuno crede alle minacce dei centristi, nessuno pensa che potreste davvero aprire una crisi.

«Il tema non è la crisi, ma fare le riforme ed evitare di galleggiare un anno. Noi ci siamo, vogliamo come sempre incidere sui temi. Per questo sui voucher abbiamo fatto passare in Consiglio dei ministri, per senso di responsabilità, una norma che non ci mandava a fare un referendum al buio su una materia importante come il lavoro. Ma allo stesso tempo abbiamo avanzato una proposta per evitare il vuoto normativo che lascerebbe milioni di lavoratori senza una tipologia contrattuale. Abbiamo proposto l'estensione del lavoro a chiamata, il coupon lavoro per le famiglie e il volontariato e i mini contratti alla tedesca. Proposte concrete per problemi reali».

E se non veniste ascoltati?

«Perché non dovrebbero ascoltarci? Diciamo cose di buonsenso e abbiamo la forza nel governo e in Parlamento per farci sentire. Non possiamo più permettere che il ceto medio che sta soffrendo, che si è impoverito in Italia come nel resto d'Europa, non abbia una vo-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

05-APR-2017
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ce costruttiva. La classe media va tutelata e siamo, saremo, noi a farlo. Ad esempio impediremo l'approvazione della riforma del catasto così com'è stata ipotizzata in questi giorni».

Perché?

«Per come è stata disegnata, si rischia una nuova stangata per i proprietari degli immobili. Se non si sta attenti a come le nuove norme incidono sulla popolazione, si va a impattare sugli anziani, sulle famiglie che in passato hanno acquistato una casa come bene rifugio. Serve attenzione, prudenza. Non si può colpire fiscalmente di nuovo la casa».

Tra le vostre rivendicazioni c'è anche la legge sulla legittima difesa. Qual è lo spirito?

«Non certo di trasformare gli italiani in sceriffi. Ma vogliamo tutelare i cittadini aggrediti in casa propria: aumentando le pene per la violazione di domicilio, escludendo il risarcimento del danno subito da chi si introduce nel domicilio altrui e cancellando l'eccesso colposo di legittima difesa in caso di violazione di domicilio».

Oggi inizia la road map per la revisione dei ticket sanitari. Quale sarà l'approdo?

«Il mio obiettivo è quello di dare una risposta al 6,5% di italiani che, come ricorda Eurostat, non riesce ad avere accesso alle cure e alle prestazioni sanitarie nonostante le riforme messe in campo che ampliano l'offerta di terapie gratuite per gli assistiti. Sono cittadini, prevalentemente residenti al Sud, anziani e in condizione di disagio, nuovi poveri, famiglie numerose o monoreddito. Persone che fino a pochi anni fa non avevano questi problemi e che oggi pagano il prezzo della crisi economica e rinunciano alle cure e non riescono a sostenere neppure i ticket. Spesso sono invisibili che non riescono più a far valere i propri diritti fondamentali».

In concreto?

«Oggi proporrò alle Regioni un tavolo tecnico misto per arrivare entro l'estate ad una proposta di revisione condivisa e innovativa. Abbiamo come punto di riferimento il patto della salute che prevede un sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria equo e sostenibile per le famiglie. Non escludo neanche una graduale eliminazione del ticket o una sua specifica destinazione a favore dell'assistenza agli anziani o alle famiglie in difficoltà. Sono ipotesi che analizzeremo nel tavolo tecnico».

La Direzione di Ap chiede una legge elettorale senza ricatti. Chi ricatta?

«La nostra proposta è sul tavolo: vogliamo trasferire l'Italicum della Camera al Senato, con uno sbarramento al 3% e il premio di maggioranza alla coalizione e non alla lista. La rappresentanza va garantita, contemperandola con la governabilità e gli sforzi di aggregazione».

Ap con chi si alleerebbe?

«Le alleanze si fanno sui programmi, il sentimento comune e i valori condivisi. Le sommatorie algebriche non hanno anima. Sabato ci allargheremo ai centristi di Casini, ci candidiamo a rappresentare il Partito popolare europeo in Italia. Poi partiamo con le primarie del centro liberal popolare a cui abbiamo già avuto adesioni. Cerchiamo un'aggregazione che parta dal basso e riparli al primo partito degli italiani: gli astenuti. Il nostro obiettivo è dare una voce al ceto medio che in questi anni è stato intercettato dai populisti che hanno giocato sulla rabbia e sulla paura di una crisi globale, senza offrire proposte per migliorarne la condizione sul fronte del welfare, della riduzione del peso fiscale, degli aiuti a giovani e famiglie. Oggi ci sono decine di migliaia di giovani coppie che non si possono permettere di avere un bambino perché non hanno un reddito sufficiente. Questo è il tema del presente e del prossimo futuro. Dobbiamo mettere in campo nuove idee per sostenere il lavoro e il reddito delle famiglie con figli. Penso alle soluzioni francesi e tedesca, dare risorse economiche e servizi per il sostentamento dei bambini».

Quanto vi spaventa il ritorno di Renzi?

«Spaventati? Renzi ha inaugurato una stagione riformista che abbiamo condiviso convintamente. Se il Pd torna ad avere una guida forte, e finisce la conflittualità interna, è un bene per tutti. Ma noi non ci occupiamo del Pd, la nostra mission è costruire un centro liberale e popolare».

Alberto Gentili

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
LettoriEd. II 2016 2016: 843.000
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE FOCUS

Dir. Resp.: Guido Gentili

05-APR-2017
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'IMPATTO DELLA LEGGE 24

Il controllo del rischio aiuta le cure di qualità

- Diminuisce la pressione «psicologica» sul personale
- Il danneggiato può rivolgersi direttamente all'ospedale
- Assicurazione obbligatoria a tutela dei pazienti

Più certi i confini del rischio per medici, ospedali e pazienti

7

Il tempo di risposta

La legge 24/2017 fissa in una settimana il tempo entro il quale la struttura sanitaria deve consegnare al paziente la documentazione richiesta

Trasparenza e rispetto di regole tecniche a presidio di cure adeguate

Massimo Franzoni

Una legge che celebra un compromesso. Al paziente non sarà tolta alcuna garanzia. I medici conseguiranno ciò che è stato promesso loro, solo in via indiretta. La parte su rilevamento e gestione dei rischi è quella davvero innovativa. La legge 24/2017 (in vigore da sabato 1° aprile), per la prima volta in modo sistematico, mappa i rischi allo scopo ridurre la sinistrosità; così presso ciascuna regione viene istituito un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, il quale raccoglie dalle varie strutture sanitarie e sociosanitarie regionali i dati su rischi, eventi avversi e contenzioso, e li trasmette annualmente all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

Attività medica «tracciata»

L'idea che sta alla base di questo percorso è che il medico, acquisito il consenso del paziente, quando sia necessario, deve essere in grado di tracciare in modo trasparente la sua attività, dando conto a posteriori delle regole dell'arte che ha impiegato (desunte dalla linee guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali). Altrimenti deve essere in grado di spiegare perché, come può accadere, quelle regole non potevano essere applicate, tenuto conto della situazione del paziente.

Se il medico si è attenuto a regole tecniche che il legislatore ha promosso al rango quasi di regole giuridiche, potrà non essere punito in sede penale (articolo 590 quinquies Codice penale) e potrà ottenere una riduzione nel risarcimento del danno (articolo 7, comma 3, legge 24/2017).

Viene disposto il tentativo di conciliazione per diminuire il contenzioso con i pazienti e a tal fine prevede che le regioni e le province autonome possono attribuire le funzioni di Garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale. Di maggiore impatto è la scelta di far precedere il processo civile da un tentativo obbligatorio di conciliazione nelle forme della mediazione del Dlgs 28/2010 o nelle forme dell'articolo 696 bis Codice di procedura civile.

Sul fronte della responsabilità civile, la legge qualifica la responsabilità della struttura (pubblica o privata) come contrattuale o meglio derivante dal contatto sociale tra medico e paziente. Questa regola vale anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, nell'ambito di attività di sperimenta-

Responsabilità dei medici
Il controllo del rischio aiuta le cure di qualità

Più certi i confini del rischio per medici, ospedali e pazienti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
LettoriEd. II 2016 2016: 843.000
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE FOCUS

Dir. Resp.: Guido Gentili

05-APR-2017
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

zione e di ricerca clinica, in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale o attraverso la telemedicina. Per contro, qualifica la responsabilità del sanitario come extracontrattuale, salvo che questi abbia agito nell'adempimento di una vera e propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente. In ogni caso, per la liquidazione dei danni al paziente, la legge ha reso applicabili le tabelle del danno biologico previste dagli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni. Per il momento si applicheranno le tabelle milanesi, per le macro lesioni e per il danno da morte.

Le polizze assicurative

Con il pagamento del premio a loro carico, le strutture e gli esercenti la professione sanitaria devono stipulare polizze assicurative che coprano la loro responsabilità per eventuale colpa grave. Come per i sinistri da circolazione stradale, la vittima può citare in giudizio direttamente l'assicuratore del danneggiante, sia esso una struttura pubblica, privata oppure un operatore sanitario che agisca in regime libero professionale. Proprio per quest'ultimo caso resta fermo l'obbligo di copertura assicurativa (articolo 3, comma 5, lettera e) Dlgs 138/2011.

Le strutture devono pubblicare sui rispettivi siti internet i dati riguardanti l'impresa assicuratrice, le polizze e le relative clausole contrattuali o le forme alternative all'assicurazione dirette ad assicurare il risarcimento alle vittime. La garanzia assicurativa dovrà prevedere l'operatività temporale estesa anche agli eventi accaduti nei 10 anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'assicuratore durante la vigenza temporale della polizza e ignorati dall'assicurato. Dovrà coprire anche i sinistri occorsi nella vigenza dell'assicurazione, ma denunciati nei 10 anni successivi alla cessazione dell'attività professionale. Presso il ministero della Salute, la legge 24 ha istituto un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, che sarà alimentato dal versamento di un contributo annuale da parte delle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. Nessun intervento diretto sulla "medicina difensiva" ma ci si attende che la corretta applicazione della legge assicurerà risparmi di spesa in esami e farmaci non strettamente necessari al paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Che cosa cambia

SICUREZZA

La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Lo stabilisce la legge 24/2017 chiarendo che la tutela costituzionale dell'articolo 32 non si ottiene solo attraverso una prestazione clinica correttamente erogata, ma anche attraverso una serie di attività che sono correlate alla prestazione stessa e che hanno due finalità: la prevenzione e la gestione del rischio connesso all'erogazione della prestazione; l'uso appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. In altre parole, significa operare affinchè tutto il complesso organizzato che sta a monte, e che porta come output finale all'erogazione della prestazione, presenti un rischio basso o nullo

TRASPARENZA

Diventa obbligatorio pubblicare sul proprio sito web «i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario»: come a dire che non solo la struttura sanitaria (l'obbligo vale anche per quella privata) paga i risarcimenti, ma è anche tenuta a far sapere come lavora. Regole più precise per l'area sanitaria in relazione alle istanze di accesso ai documenti amministrativi ex legge 241/1990 (che diversamente dall'accesso civico, richiede una motivazione specifica e legittimante a supporto). Qui si accorciano i tempi e - chiedendo l'aggiornamento dei regolamenti interni di Asl e ospedali attuativi della legge 241/1990 - si stabilisce che la documentazione sanitaria richiesta deve essere consegnata in 7 giorni, con tempo massimo per l'integrazione 30 giorni

LE LINEE GUIDA

L'articolo 5 della legge 24/2017 stabilisce che le prestazioni degli esercenti le professioni sanitarie, con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, siano improntate al rispetto delle raccomandazioni previste dalle Linee guida e, in mancanza di queste, delle buone pratiche clinico-assistenziali. Un articolo importante, soprattutto in considerazione di quanto statuito negli articoli successivi riguardo alla responsabilità medica in ambito penale e civile. Per Linee guida si intendono le raccomandazioni di comportamento clinico, sviluppate attraverso un processo sistematico di elaborazione, per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche situazioni cliniche. Il tutto per fornire ai professionisti sanitari uno strumento per orientarsi nella pratica clinica favorendo sia le cure più appropriate sia un corretto bilanciamento nell'uso delle risorse

I DIRITTI DEL MALATO

La legge 24/2017 ha ampliato la tutela della parte lesa (il paziente che abbia subito un danno conseguente ad un errore sanitario). Ne è prova, ad esempio, l'istituzione dell'obbligo assicurativo per le aziende sanitarie (articolo 10); l'esperibilità dell'azione diretta contro l'assicuratore del responsabile (articolo 12) e il riconoscimento di un diritto alla salute arricchito da un obbligo vasto, posto a carico delle aziende e del medico, di perseguire la sicurezza nelle cure, anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie. Il diritto del paziente a chiedere il risarcimento del danno alla struttura sanitaria, piuttosto che al medico, nasce, dunque, con la compromissione del diritto alla salute ed alla sicurezza delle cure, che il malato deve ricevere in sanità, diritti tutelati dalle norme fondamentali del nostro ordinamento

REPONSABILITÀ CIVILE

Una delle norme di maggiore impatto della nuova legge è contenuta nell'articolo 7 dove, al comma 3, viene stabilita la responsabilità extracontrattuale (articolo 2043 codice civile) dell'operatore sanitario, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Nel contesto della responsabilità extracontrattuale, l'onere di provare la colpa ed il danno direttamente collegato ad essa, grava sulla parte che deduca un errore dell'operatore sanitario e – in una realtà talvolta complessa di ricostruzione della dinamica clinica – il mancato accertamento di un profilo di colpa diretta e causalmente riferibile al danno lamentato, porterà così alla assoluzione del professionista in sede civile. La prescrizione diventa di 5 anni (al posto dei 10 previsto per la responsabilità contrattuale)

ASSICURAZIONE

L'articolo 10 della legge 24/2017 stabilisce un obbligo assicurativo sia in capo alle sanitarie pubbliche e private sia in capo sanitari che esercitano in libera professione e anche in capo ai professionisti sanitari, dipendenti dalle predette strutture. Strutture sanitarie e liberi professionisti, rispondendo contrattualmente (articolo 1218 Codice civile), dovranno essere coperti per l'intero rischio relativo all'esercizio della professione; i dipendenti che rispondono invece per responsabilità extracontrattuale (articolo 2043 Codice civile) e sono coperti dalla struttura da cui dipendono potranno avere un'assicurazione solo per colpa grave. Entro luglio il Mise dovrà determinare i requisiti minimi delle polizze per le strutture sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-APR-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Fine vita, idratazione e alimentazione in discussione

Via libera a un emendamento del Pd che li qualifica «trattamenti sanitari», come tali rifiutabili. Inserito l'obbligo del medico di proporre cure alternative

ANGELO PICARIELLO
ROMA

La normativa sul fine vita prende forma. Il comitato dei nove - che alla Camera si occupa dare semaforo rosso, verde o giallo agli emendamenti - ha emesso il suo verdetto. Via libera ad alcune proposte migliorative, altre sono state accantonate per l'aula. Ma intanto i capisaldi della legge, i più controversi vengono rafforzati e messi sotto chiave. È il caso della *vexata quaestio* del rifiuto dell'idratazione e alimentazione artificiali. Le disposizioni anticipate potranno vietarle, e il Pd ha dato parere favorevole a un emendamento di Maria Amato che li inserisce esplicitamente fra «trattamenti sanitari» in quanto «somministrazione su prescrizione medica di nutrienti o mediante dispositivi sanitari». Dunque non funzioni vitali irrinunciabili, come continua a sostenere gran parte della comunità scientifica e dello schieramento politico.

Passa invece, fra gli emendamenti migliorativi, una proposta di Ignazio Abrignani (Sc-Ala), che prevede l'obbligo per il medico, «qualora il paziente rifiuti o rinunci a trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza», di «esaminare con il paziente stesso e con i suoi familiari - se il paziente acconsente - le conseguenze della decisione e le possibili alternative». Inoltre, «è tenuto a promuovere ogni azione di sostegno al paziente, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Via libera a un'altra modifica di rilievo, in base a una proposta a prima firma di Paola Binetti (Udc), volta ad inserire anche il personale infermieristico e «gli altri membri dell'equipe sanitaria», come «parte integrante dell'alleanza terapeutica» che è nello spirito della legge.

Dopo lo *screening* iniziale del Comitato dei 9 si è andati in aula nel pomeriggio, fino a tarda sera, per esaminare e votare i singoli emendamenti, circa 300 in tutto, il cui esame dovrebbe proseguire oggi. La votazione finale del testo emendato dovrebbe però slittare, per fare posto questo fine settimana alla discussione sulla riforma dei *voucher*. Non ci sta M5S con Raffaele Fico, che invoca la seduta notturna per chiudere entro venerdì. Ma il varo della nuova norma dovrebbe avvenire a ridosso della pausa pasquale, subito prima o subito dopo.

Confida ancora in altri miglioramenti Mario Marazziti, di Des-Cd, che - da presidente della commissione Affari sociali - gestisce un ruolo cruciale di mediazione. Sue alcune proposte accantonate (né accolte, né scartate) che verranno ora prese in considerazione in aula. Importante quella contro l'abbandono terapeutico, che affida al medico il compito «nel caso di malattia grave, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente», di «adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente stesso, anche in caso di rifiuto o di rinuncia al trattamento sanitario». In ballo anche altre due proposte specifiche, sempre a firma Marazziti: una che punta ad escludere lo stato depressivo, introducendo il supporto psicologico e un'altra destinata a intervenire, nelle cure palliative, sulla delicata questione della sedazione profonda.

Il governo rinuncia a esprimere parere sugli emendamenti. Ma questo finisce per lasciare mani più libere nella maggioranza. Pd da un lato, Ap dall'altro. Di «totale chiusura» parla il deputato della Lega Alessandro Pagano, che vede confermato un asse Pd-M5S pro-eutanasia. «Questa legge non ha nulla di eutanasico e non si occupa di eutanasia», ribatte la relatrice Donata Lenzi, del Pd. «Eppure - nota Binetti - tutto il dibattito e tutta l'attesa dell'opinione pubblica verte proprio su questo». E il relatore di minoranza Raffaele Calabrò (di Ap) esprime tutta la sua insoddisfazione: «Il medico resta vincolato alla volontà del paziente e resta indefinito il momento della perdita della capacità di autodeterminazione che fa scattare il ricorso alle Dat», questi i nodi più scottanti irrisolti. «Ma forse siamo ancora in tempo a intervenire», è il suo ultimo appello.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

05-APR-2017
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Tumore curato con le erbe Condannata la dottoressa

Paziente morì, due anni e mezzo alla seguace di Hamer

CONTINUA A ESERCITARE
La decisione dei giudici: nessuna sospensione

Viviana Ponchia
■ TORINO

IL TEMPO passava e il neo sulla scapola sinistra cresceva. Un melanoma maligno largo 5 centimetri che all'inizio dava un po' di prurito e alla fine, diventato una massa fatale tre volte più grande, dolore e metastasi. «Non farti operare, è lo sfogo di un conflitto interiore che devi sciogliere. Risolto il problema psicologico, sarai guarita». Così assicurava «Santa Germana» Durando, medico seguace del Metodo Hamer che ha avuto in cura per nove anni Marina Lallo, morta nel 2014 a 53 dopo avere deciso, troppo tardi, di rivolgersi alla medicina tradizionale.

TISANE e parole non sono bastate a combattere il cancro e ieri la dottoressa è stata condannata a due anni e sei mesi per omicidio colposo (il pubblico ministero Rossella Salvati ne aveva chiesti quattro) senza però essere sospesa dall'esercizio della professione. Il giudice Ilaria Guarriello ha stabilito anche una provvisionale di 10mila euro per la figlia della donna e 5 mila a testa per il fratello e la madre mentre. Nel frattempo l'Ordine dei medici di Torino, che aveva avviato una indagine interna, ha scoperto che in passato era stato intentato un altro procedimento giudiziario nei confronti della "santa" per la morte di una bimba di 14 mesi affetta da meningite e curata con lo stesso metodo. Il carteggio tra la paziente e colei che era il suo medico di base è sinistro e inconcludente: «Ciao Germana, ti mando un aggiornamento: il neo non migliora. È ancora più gonfio, sanguina, ha un cattivo odore, mi fa male ed è sempre più brutto». «Cosa stai prendendo come rimedio omeopatico? – domandava la Durando – Ci vediamo presto, intanto tu lavora sul perdono e cerca di incontrare il tuo ex». Gli specialisti sentiti durante il processo non hanno avuto esitazioni nel bollare come «ciarlataneria» le controverse teorie del tedesco Rike Geerd Hamer, tuttora applicate da qualcuno in Italia. Quasi sempre, sostengono, le «cure» non fanno effetto e a volte addirittura peggiorano la situazione come conferma la scoperta dell'Ordine di Torino: negli ultimi anni almeno due persone, seguite da altri professionisti che aderiscono al protocollo Hamer, sono morte nonostante le goccine omeopatiche e il lavoro sul superamento del trauma psicologico.

La requisitoria del pm si è concentrata sul fatto che fosse stata proprio la dottoressa Durando a convincere Marina ad affrontare il cancro con un approccio alternativo. Lo dimostrerebbe anche la testimonianza di un'amica indirizzata dall'omeopata quando il figlio aveva la leucemia: «Mi disse che dovevo scegliere tra la terapia tradizionale e la terapia che lei mi avrebbe proposto. E che le due cose non erano compatibili. Quando dissi che sceglievo decisamente le terapie tradizionali mi guardò con disprezzo cercando anche di farmi sentire una cattiva madre». Nell'ultima udienza la dottoressa aveva reso una lunghissima dichiarazione spontanea in cui ribadiva la libera scelta di Marina: «Non sopportava che il neo le venisse asportato. Non avranno un centimetro della mia pelle, scrisse al fratello dopo la diagnosi di melanoma del terzo tipo. Rifiutava la chemioterapia. Allora mi posi un dilemma deontologico: abbandonarla al suo destino o continuare a stare al suo fianco come lei si aspettava». I giudici non le hanno creduto.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-APR-2017
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

TORINO / UN PICCOLO NEO LASCIATO CRESCERE E LA PAZIENTE MORÌ

Erbe per curare un tumore due anni e mezzo al medico

Era accusata di essere seguace delle teorie di Hamer ma lei nega "Sono solo omeopata"

SARAH MARTINENGHI

TORINO. Nessuna chemioterapia, nemmeno il più banale dei consigli: togliere quel neo che da pochi millimetri si era trasformato in un cancro di 14 centimetri sulla spalla della sua paziente. Il tumore, per il medico omeopata Germana Durando, si doveva combattere con fiumi di parole e pillole omeopatiche, sulla scorta delle teorie dell'ex medico tedesco Ryke Geerd Hamer. E per questo ieri la donna è stata ritenuta responsabile della morte di Marina L., uccisa a 53 anni da un melanoma curato con terapie non tradizionali. Due anni e sei mesi di carcere è la condanna inflitta dal giudice Ilaria Guarriello.

È la prima volta che un tribunale italiano condanna un medico accusato di essere seguace delle terapie di Hamer. In aula l'imputata si era difesa sostenendo di non essere hameriana, ma solo un medico omeopata "unicista", che ha assecondato la volontà della sua paziente di non affidarsi alle cure tradizionali.

Marina L. era morta nel settembre 2014, lasciando sola una figlia ancora minorenne che non aveva un padre. Sei mesi prima la donna aveva finalmente deciso di asportare quel neo che da tempo copriva indossando anche sei maglie una sopra l'altra: oltre al dolore, spurgava ed emana un odore terribile. Seguendo le indicazioni del suo medico, continuava a "combatterlo" cercando di risolvere i conflitti psicologici interiori. In aula erano emersi i dettagli choc di un calvario durato anni. «Fra un po' si avvicina il tuo compleanno, che regalo vorresti?» le aveva scritto un giorno la sua migliore amica. «Il regalo più grande sarebbe che Germana mi lasciasse togliere il neo» era stata la risposta della donna. E poi le e-mail tra medico e paziente: «Germana il neo non migliora. Mi fa tanto male. Cosa faccio?». «Stai tranquilla, prendi il rimedio omeopatico e cerca di incontrare il tuo ex» era stata la risposta della terapista. Nemmeno i linfonodi metastatici aveva potuto togliere: «Sono le sentinelle che combattono il cancro per te» le aveva consigliato il medico difeso dall'avvocato Stefano Castrale.

Il pm Rossella Salvati aveva chiesto la condanna a 4 anni. La pena è stata più bassa, ma l'Ordine dei medici è soddisfatto: «Ci siamo costituiti per dare un segnale contro questo tipo di teorie ciarlatane. Ora nel procedimento disciplinare rischia la radiazione» ha spiegato l'avvocato Roberto Longhin.

Il giudice ha disposto risarcimenti in civile ai parenti, assistiti dagli avvocati Marino Careglio e Silvia Ingegneri. «Ma in questa vicenda abbiamo perso tutti. Spero solo che serva ad altre vittime per trovare il coraggio di sporgere denuncia» ha commentato Rudy, il fratello della vittima.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Germana Durando

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO SPORT

Dir. Resp.: Giuseppe Tassi

05-APR-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Il caso La Wada pubblica i dati delle positività nel 2015. Con 129 procedimenti è dietro solo alla Russia con 176

Indagine choc: l'Italia è seconda per atleti dopati

L'ITALIA è al secondo posto nella classifica mondiale per positività conclamate al doping nel 2015. Con 129 casi, lo sport italiano (sono compresi anche amatori, master e bodybuilders), è secondo solo alla Russia con 176 positività. A renderlo noto nel suo report annuale è la Wada, l'agenzia mondiale antidoping. Sul "podio" assieme a Russia e Italia c'è l'India con 117 casi seguita da Francia (84), Belgio (67), Sudafrica e Turchia (59). Il secondo posto dell'Italia nella speciale graduatoria dei Paesi con più casi di doping è legato al fatto che, rispetto ad altre nazioni, vengono effettuati frequenti controlli antidoping a manifestazioni dedicate a master e amatori da parte dalla Nado Italia (l'organizzazione nazionale antidoping) e il Ministero della Salute. Delle 85 discipline sportive quella dove c'è maggior uso di sostanze vietate è il body building con 270 casi davanti all'atletica leggera con 242, sollevamento pesi (239) e ciclismo (200). Nel 2015, anno non olimpico, sono stati effettuati 229.412 controlli antidoping presso i laboratori accreditati Wada e solo l'1,1 % (2.522) ha dato esito di positività. Dati su cui riflettere, soprattutto dopo la recente condanna di Daniel e Gottlieb Taschler e del medico Ferrari nel mondo del biathlon.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 04 APRILE 2017

Ospedali. Nel 2015 calano sia i ricoveri che la spesa. Aumenta la deospedalizzazione anche per i Drg a rischio di inappopriatezza. Rapporto Sdo

Pubblicato dal Ministero della Salute il nuovo rapporto sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) 2015: in un anno registrato il -2,3% di ricoveri; il -0,2% di spesa (ma rispetto al 2010 il calo è ormai di oltre 2 miliardi); il tasso di ospedalizzazione passa da 171,9 del 2010 a 136,5; i Drg a rischio di inappropriatezza in gran parte si deospedalizzano. LE SDO 2015.

Nel 2015 si riducono ancora i ricoveri ospedalieri. Secondo il Rapporto sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) 2015, appena pubblicato dal ministero della Salute e che riporta i dati relativi al 99,6% degli istituti pubblico e 99,8% di quelli privati, il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza sono in diminuzione di circa il 2,3% per un totale di 8.930.979 dimissioni ospedalierie (209.137 in meno rispetto al 2014), mentre le giornate di degenza si riducono dello 0,9 per cento, per un totale di 61.366.673 giornate di ricovero sempre riferite al 2015.

Il calo maggiore si ha nei ricoveri per acuti in regime diurno (-5,7% per le dimissioni e -5,3% per il numero di accessi), poi per la riabilitazione in regime diurno (-2,2% per le dimissioni e -2,8% per il numero di accessi) e infine per gli acuti in regime ordinario (-1,4% per le dimissioni e -0,6% per le giornate di ricovero). Aumenta invece la riabilitazione in regime ordinario dell' 1,1%, con un corrispondente incremento dello 0,6% per il volume di giornate di degenza.

Rispetto al 2014, nel 2015 il tasso di ospedalizzazione per acuti, si riduce da 134,3 a 129,9 dimissioni per 1.000 abitanti. Di queste, 97 sono in regime ordinario e 32,9 diurno (nel 2014 i valori erano, rispettivamente, 99,3 e 35). Il tutto con una certa variabilità regionale.

L'andamento del tasso di ospedalizzazione è in calo sempre per i ricoveri per acuti, sia in regime ordinario che diurno, che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 97 e 32,9 nel 2015. Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 136,5 nel 2015.

L'appropriatezza dei ricoveri migliora ulteriormente: i Drg a rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario nel 2015 aumentano la percentuale di ricoveri diurni per 40 dei 108 Drg e nei rimanenti 68, altri 56 hanno una riduzione dei ricoveri diurni rispetto al 2014, ma anche di quelli ordinari di almeno il 6% e, comunque, per tutti e 108 vale la riduzione assoluta dei ricoveri e una maggiore deospedalizzazione.

La mobilità interregionale varia di poco per ciascun tipo di attività e regime di ricovero e resta di circa l'8% per gli acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per la riabilitazione in regime ordinario e del 10% per quella in regime diurno, del 5% per la lungodegenza.

E i ricoveri costano meno. Teoricamente perché il dato è nazionale, ma a livello locale si applicano singoli tariffari. Tra il 2010 e il 2015 si è passati da 30,9 miliardi a 28,8 miliardi. I ricoveri per acuti in regime ordinario sono naturalmente quelli con la quota più elevata, seguiti da quelli in regime diurno e per riabilitazione in regime ordinario.
Più in dettaglio, per il 2015 la remunerazione complessiva è di circa 26,3 miliardi per gli acuti (23,6 miliardi in regime ordinario e 2,7 miliardi in regime diurno), circa 2,1 miliardi per la riabilitazione (2 miliardi in regime ordinario e 93,9 milioni in regime diurno) e circa 447,7 milioni per la lungodegenza. In tutto quindi circa 28,8 miliardi complessivi. Nell'ultimo anno – 2014-2015 – la riduzione è stata dello 0,2 per cento.

Chi fa sport produce irisina «È l'elisir che migliora lo stato metabolico»

PAOLA MARIANO

Più sport pratichiamo, più ci mettiamo al riparo da malattie come il diabete e la sindrome metabolica, il cosiddetto prediabete. L'esercizio fisico, infatti, mette in circolo una molecola, l'irisina, in proporzione al livello di attività svolta. A rivelarlo è uno studio italiano che ha coinvolto per la prima volta anche atleti di élite.

Pubblicato sul «Journal of Diabetes Research», il lavoro è stato condotto da Stefano Benedini dell'Università degli Studi di Milano, in collaborazione con un gruppo di Irccs di Milano, il Policlinico San Donato, l'Ospedale San Raffaele e l'Istituto Ortopedico Galeazzi. Al centro delle analisi un totale di 70 individui, tra i 18 e i 75 anni, sani e non sovrappeso, sia sportivi sia non. In particolare 10 partecipanti erano sedentari, 20 svolgevano attività fisica amatoriale (2-3 volte a settimana), 20 attività semi-agonistica (4-5 volte a settimana) e, infine, 20 attività agonistica di alto livello (5-7 volte a settimana).

Gli specialisti hanno riscontrato che la quantità di irisina cresce in proporzione al livello di sport praticato e che a ciò corrisponde un migliore stato metabolico, vale a dire un più efficiente controllo dei livelli di zucchero e di grassi nel sangue. «Il nostro studio - spiegano gli autori - suggerisce l'esistenza di una precisa correlazione tra performance sportive, sensibilità all'insulina, vale a dire un migliore funzionamento dell'ormone, e i livelli di irisina». Ora questi risultati aprono la strada allo sviluppo di nuovi farmaci che, «mimando» l'effetto dell'irisina, riescano a offrire gli stessi benefici dell'attività fisica anche a chi, per le ragioni più diverse, non è in grado di praticare sport in modo regolare.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

05-APR-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

La lettera

«L'Ordine punisca severamente i medici anti-vaccini»

Il calo dei tassi di vaccinazione sta mettendo il nostro Paese a rischio di gravi epidemie e deve essere contrastato prima che accada qualcosa di irreparabile. Alcuni ritengono che si debba istituire una qualche forma di obbligatorietà, altri che sia più opportuno limitarsi a impiegare maggiori energie nella comunicazione sanitaria. In ogni caso, tutti sono d'accordo che una corretta informazione che comunichi in maniera inequivocabile una incontrovertibile verità scientifica — la sicurezza e la grandissima efficacia dei vaccini — rivesta un ruolo fondamentale. È quindi intollerabile che a diffondere bugie pericolose possano contribuire medici che sfruttano l'autorevolezza derivante dalla loro figura professionale per disinformare e impaurire i genitori. La Federazione nazionale dell'Ordine dei medici ha annunciato massima severità contro costoro e diversi ordini provinciali stanno valutando la posizione di alcuni di questi che da tempo sostengono, riguardo alle vaccinazioni, tesi che non hanno validità scientifica e costituiscono un serio attentato alla salute dei pazienti e della nostra comunità. Le loro affermazioni false e in contrasto con la verità della scienza sono fissate in siti Internet, filmati presenti in Rete, libri e pubblicazioni. Nella delicata fase attuale in cui le istituzioni e la politica sembrano rimettere al centro del dibattito la possibilità del ritorno all'obbligo vaccinale per i cittadini, medici e operatori sanitari devono essere i primi a dare l'esempio. Gli Ordini dei medici si trovano in una fase cruciale per la difesa della salute delle persone e della dignità della professione, messa in pericolo da alcune figure disoneste e senza scrupoli, che pur di accaparrarsi una fetta di pazienti disorientati fanno leva sulla credulità popolare e sulle bufale che circolano sul Web. La severità e la tempestività delle sentenze contro costoro rappresenteranno un momento decisivo per comprendere, senza possibilità di fraintendimento, quanto gli Ordini provinciali rappresentino un reale presidio e non strutture volte solo a proteggere interessi corporativi. Auspichiamo la massima severità contro i medici che, diffondendo pericolose bugie, costituiscono una minaccia per la società, sperando che gli Ordini provinciali sappiano fare il loro dovere, rendendo pubbliche le loro decisioni. E se non lo faranno, essendo organi elettivi, siamo certi che i medici — onesti e rigorosi nella grandissima maggioranza — sapranno con il loro voto riportare gli Ordini al loro autentico e importantissimo ruolo sociale.

Roberto Burioni Ordinario di Virologia e Microbiologia Università Vita-Salute San Raffaele
Andrea Grinoglio Docente di Storia della Medicina, Sapienza Università di Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-APR-2017
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

VACCINI

«Obbligatori per nidi e materna» Anche la Lombardia si muove

Una mozione sulle vaccinazioni obbligatorie per l'accesso ai servizi per la prima infanzia, che impegna la Regione a seguire la via inaugurata dall'Emilia Romagna e già imitata da Toscana e Lazio. Stavolta tocca alla Lombardia muoversi, col Consiglio regionale che ieri s'è espresso a favore della proposta. Immediata la risposta dell'assessore al Welfare Giulio Gallera: «Prendiamo atto della decisione e la rispetteremo». La svolta arriva nel giorno in cui il ministro della Salute Beatrice Lorenzin è tornata con forza sul tema («Io come ministro – ha detto – sono favorevole all'obbligatorietà dei vaccini per l'accesso a scuola») visto il ricorso presentato da Codacons al Tar proprio contro la legge approvata in Emilia Romagna. Secondo l'associazione sarebbe palesemente illegittimo l'obbligo di vaccinazione per accedere ai nidi «visto che in commercio non sono disponibili i 4 vaccini definiti obbligatori, ma solo l'esavalente, che contiene altre 2 vaccinazioni non obbligatorie».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica

Età, sesso, statura e stile di vita un capello racconta chi siamo

ELENA DUSI

ROMA. Sherlock Holmes lo analizzava con la lente d'ingrandimento. Glen Jackson con uno spettrometro di massa. Nelle mani della tecnologia, ecco allora che anche un umile capello inizia a parlare, svelando dettagli che neppure il più grande fra gli investigatori poteva carpirgli.

Glen Jackson, professore di scienze forensi all'università della West Virginia, ha presentato ieri al congresso dell'American Chemical Society di San Francisco la sua tecnica per estrarre da un ciuffo di capelli informazioni prima impensabili come età, sesso, corporatura grassa o magra, tipo di dieta, uso di farmaci, presenza di alcune malattie, pigrizia o abitudine a fare ginnastica.

«A seconda delle domande che uno chiede, le risposte possono essere sorprendenti». Il segreto, spiega lo scienziato, è osservare nei dettagli i "mattoni" chimici che compongono i capelli. «E che - ha raccontato Jackson in una conferenza stampa - riflettono molti aspetti del nostro stile di vita, anche se richiedono strumenti che attualmente solo i centri più avanzati dell'Fbi possiedono, e non i laboratori forensi locali». Le minuscole impronte della dieta che seguiamo o dello sport che pratichiamo vanno cercate nella cheratina, la principale proteina di cui sono composti i capelli. La cheratina è formata da aminoacidi, che a loro volta contengono atomi di carbonio, leggermente diversi l'uno dall'altro a seconda di chi siamo e come viviamo. «Per il momento la nostra tecnica ha bisogno di una manciata di capelli. Ma siamo sicuri di poterla perfezionare, arrivando a usarne uno solo» spiega il ricercatore. Gli atomi di carbonio possono contenere un numero variabile di neutroni. Si possono cioè presentare sotto forma di isotopi diversi. La percentuale di ciascun isotopo nel capello indica quale tipo di reazione chimica è avvenuta al suo interno. Reazione che viene influenzata da cibo, età, ormoni (e dunque sesso) e ritmo del metabolismo (cioè, indirettamente, esercizio fisico e indice di massa corporea). Uso di alcol e droghe sono invece informazioni che già da anni possono essere lette nei capelli, anche a mesi di distanza dall'assunzione.

"Ora per la nostra tecnica ce ne servono alcuni, ma presto ne basterà uno soltanto"

La tecnica non è ancora matura per entrare nelle aule di giustizia: lo stesso Jackson lo ammette. «Sul sesso abbiamo un'affidabilità del 90% e sull'indice di massa corporea dell'80%. Ma l'analisi del capello può offrire informazioni complementari, non sostitutive rispetto al Dna. Si tratta infatti di materiale che può resistere anche 2mila anni senza alterarsi».

Sull'onda delle nuove scoperte scientifiche, questa prova potrebbe dunque tornare nei tribunali, dopo esserne stata allontanata con ignominia nell'ultimo decennio, soppiantata dal Dna. Una revisione di 3mila vecchi processi che hanno usato i capelli come indizio principale (ma solo per quanto riguarda colore e forma, secondo la tecnica "old style"), avviata dall'Fbi nel 2013 sta dando risultati preliminari disastrosi, con il 95% dei campioni invalidati da almeno un errore.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

All'American Chemical Society uno studioso ha mostrato tutti i dati estratti da un solo ciuffo di capigliatura. Grazie alle nuove tecnologie

Il rapporto fra i diversi isotopi nei capelli varia con il variare degli stili di vita

L'affidabilità
risposta corretta nel

90% dei casi
Sesso

80% dei casi
Indice di massa corporea

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

La terapia

Zenzero, frutta e curcuma contro il dolore

Zenzero, curcuma e frutta contro il dolore cronico. Dell'importanza del cibo nella lotta alle malattie si è parlato al congresso di Anestesiologia Simpar-Isura di Firenze, organizzato da Massimo Allegri dell'università di Parma. Tra le malattie croniche dolorose, l'osteoartrosi. Colpisce più di 4 milioni di italiani. Il 70% dei pazienti con dolore soffre di lombalgia, la cefalea affligge 2 milioni di persone. «La dieta mediterranea - spiega Maurizio Marchesini, anestesista e terapista del dolore dell'università di Parma - riduce gli alimenti con caratteristiche pro-infiammatorie. L'accumulo di calorie e grassi ha una correlazione con l'infiammazione». Manuela De Gregori, biologa nutrizionista del Policlinico San Matteo di Pavia aggiunge che questo regime alimentare «può essere utilizzato sia per le terapie cronico-oncologiche, che per quelle benigne». Sconsigliati alimenti con farine raffinate, le carni conservate, soprattutto di derivazione suina, l'uso di troppo zucchero raffinato e quello del sale.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 158.319
Diffusione 12/2016: 194.405
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Guido Gentili

05-APR-2017
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Medicinali. Benefici fiscali sui prodotti senza prescrizione acquistati su internet - Escluso il test Dna per il riconoscimento di paternità

I farmaci online trovano lo sconto

IL PUNTO

Massofisioterapia ammessa ma a condizione che dal documento di spesa risulti il conseguimento del titolo prima del 17 marzo 1999

Marcello Tarabusi
Giovanni Trombetta

La nuova **circolare 7/E/2017 sul 730** contiene una ampia e dettagliata ricostruzione delle tipologie di **spese sanitarie** ammesse alla deduzione/detrazione e della relativa documentazione, tra cui spiccano numerose novità rispetto ai passati orientamenti.

Per i **farmaci**, la circolare prende atto dei nuovi canali di vendita: accanto alle farmacie, che possono vendere tutti i medicinali, e gli esercizi commerciali di cui all'articolo 5, Dl 223/2006 che, con la presenza del farmacista, possono vendere i medicinali, anche omeopatici e veterinari, non soggetti a prescrizione medica, fanno il loro debutto le detrazioni su acquisti di farmaci on-line, purché nel rispetto dell'articolo 112-quater del Dlgs 219/2006, solo per i farmaci senza obbligo di prescrizione e previa autorizzazione dell'autorità sanitaria individuata dalla legislazione delle Regioni o delle Province autonome. L'elenco dei soggetti autorizzati è disponibile sul sito www.salute.gov.it.

Aggiornate le esclusioni dalla detrazione: molte le fattispecie confermate, tra cui quelle di conservazione delle cellule staminali, le prestazioni di pedagogisti e di osteopati non in possesso di qualifica sanitaria riconosciuta in Italia, la frequenza di corsi in palestra, l'acquisto di piscine per idrokinesiterapia. Tra le new entries, si afferma l'esclusione delle spese di circoncisione rituale non legate a finalità di cura e le spese del test Dna per il riconoscimento di paternità.

Le prestazioni di massofisioterapisti sono ritenute detraibili solo a condizione che dal documento di spesa risulti il conseguimento del relativo titolo prima del 17 marzo 1999.

Confermata anche l'indetraibilità degli integratori alimentari, in quanto ritenuti privi di valenza sanitaria: opinione che andrebbe certamente rivista alla luce delle odierne acquisizioni di quella speciale branca della medicina chiamata "nutraceutica" (crasi tra nutrizione e farmaceutica).

Per le prestazioni dei profili professionali riconosciuti dalla normativa sanitaria non è necessario produrre la prescrizione medica, ma il documento di spesa rilasciato dal professionista deve indicare, unitamente alla prestazione resa, la figura professionale. È ragionevole pensare che se nella fattura è indicata espressamente l'esenzione Iva, tale indicazione assorba quella della qualifica professionale, in quanto l'esenzione spetta solo per gli esercenti professioni sanitarie riconosciute e soggette a vigilanza. La prescrizione medica è invece richiesta per i trattamenti di ozonoterapia e mesoterapia e per le prestazioni di chiropratica eseguite in centri autorizzati.

Ammessa l'autocertificazione della condizione di esenzione da ticket in luogo della certificazione rilasciata dall'Asl. Detraibili anche le spese per l'acquisto di dispositivi meccanici, elettronici od informatici costituenti ausilio alla disabilità per l'uso delle cucine.

Le spese per speciali sussidi tecnici (telefonini, fax, modem, computer, ausili cucine) sono detraibili solo se specificamente funzionali all'ausilio nella specifica disabilità.

Le biciclette elettriche a pedalata assistita acquistate da soggetti con limitate capacità motorie permanenti sono detraibili su certificazione del medico Asl che attesti il collegamento funzionale con la specifica menomazione.

Tra le spese per i veicoli specificamente adattati a limitazioni motorie permanenti di soggetti disabili, vengono espressamente ammesse anche le spese di adattamento successive all'acquisto e quelle per l'acquisto di veicoli elettrici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media