PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

19-04-2017

LETTORI

8.700

http://www.pharmastar.it

Osteoporosi in post-menopausa, etnia e regione geografica di appartenenza non influenzano efficacia abaloparatide

Nuovi dati presentati in occasione del congresso ENDO 2017 (The Endocrine Society Annual Meeting) hanno fornito nuove prove di efficacia per abaloparatide, un analogo sperimentale del peptide correlato all'ormone paratiroideo - PTHrP (1-34).

Nuovi dati presentati in occasione del congresso ENDO 2017 (The Endocrine Society Annual Meeting) hanno fornito nuove prove di efficacia per abaloparatide, un analogo sperimentale del peptide correlato all'ormone paratiroideo – PTHrP (1-34).

I risultati di una nuova sottoanalisi dei dati dello studio registrativo ACTIVE (Abaloparatide Comparator Trial in Vertebral Endpoints) non hanno documentato differenze di risposta ad abaloparatide in base alla regione geografica (1).

Inoltre, un'analisi separata post-hoc ha mostrato anche che gli effetti della monosomministrazione sottocute di abaloparatide vs placebo sulla riduzione del rischio di frattura erano sovrapponibili nelle donne di etnia Latino-Ispanica rispetto alle altre donne reclutate nello studio ACTIVE (1).

Informazioni su abaloparatide

Abaloparatide è un farmaco osteoanabolico sperimentale che in modelli preclinici e in uno studio di

Fase II, è stato in grado di indurre un miglioramento elevato della densità minerale ossea a livello del rachide e degli altri siti scheletrici.

Lo studio ACTIVE, pubblicato alla fine dello scorso anno e condotto in 2.643 donne affette da osteoporosi in post-menopausa, aveva dimostrato come il ricorso ad abaloparatide fosse stato in grado di ridurre in modo statisticamente significativo il rischio di fratture vertebrali e non vertebrali a 18 mesi vs placebo e di ridurre il rischio di fratture osteoporotiche principali rispetto a teriparatide (2).

Razionale e disegno dello studio

“Il rischio fratturativo si associa ad eterogeneità regionali - ricordano gli autori nell'abstract del lavoro presentato al congresso – e la geografia potrebbe impattare sull'efficacia degli agenti osteoanabolici”.

Obiettivo di questa sottoanalisi dello studio ACTIVE è stato quello di effettuare osservazioni volte a verificare, in sottogruppi di pazienti divisi per aree geografiche (Nord e Sud America, Europa, Asia), sia l'eterogeneità del rischio fratturativo iniziale che la consistenza di efficacia di abaloparatide vs. placebo sulla riduzione del rischio fratturativo.

I ricercatori hanno condotto anche un'analisi post-hoc sulla consistenza di efficacia del trattamento con abaloparatide sottocute vs placebo in donne di etnia latino-ispanica vs le donne di altra etnia reclutate nel trial ACTIVE.

Sono stati utilizzati gli algoritmi FRAX per il calcolo del rischio assoluto di frattura a 10 anni, adattati in base al paese di appartenenza delle donne reclutate nel trial. Inoltre, i ricercatori hanno calcolato le riduzioni di rischio relativo di nuove fratture vertebrali (VF) nonché gli hazard ratio (HR) di NVF e VF e di fratture principali osteoporotiche (MOF) per ciascuna area geografica considerata e sottogruppo etnico di appartenenza.

Risultati principali

Al basale, la prevalenza di VF era pari, rispettivamente, al 20%, 18%, 25,3% e 18,5% sul totale (placebo e abaloparatide) dell pazienti Nord-americane, Sud-americane, Europee ed Asiatiche. Inoltre, almeno una NVF pregressa è stata documentata, rispettivamente, nell'80%, 40,1%, 58,5% e 32,2% delle donne provenienti dalle aree geografiche summenzionate.

Il rischio medio di MOF a 10 anni in base all'algoritmo FRAX è stato pari, rispettivamente, al 16,5%, 8,8%, 13,9% e 17,7% nelle pazienti provenienti dalle 4 aree geografiche considerate.

Quanto agli effetti del trattamento con il farmaco osteoanabolico vs placebo sul rischio di VF, NVF, fratture cliniche (CF) e MOF, questi non hanno subito variazioni significative in base alla regione geografica considerata, come pure per l'etnia Latino-Ispanica vs le altre etnie.

Informazioni sul programma di sviluppo clinico di abaloparatide

Radius Health, azienda produttrice del farmaco ha istruito due anni orsono, presso l'ente regolatorio europeo (EMA), la pratica di autorizzazione alla commercializzazione del prodotto (MAA) per il trattamento delle donne affette da osteoporosi in post-menopausa (pratica attualmente in fase di valutazione presso gli organismi competenti EMA). Invece, la relativa prassi regolatoria per l'ottenimento della concessione alla commercializzazione del prodotto negli USA con le stesse indicazioni terapeutiche (NDA), è stata presentata la scorsa primavera presso l'ente regolatorio USA (FDA).

NC

Bibliografia

1) ENDO 2017. April 1, 2017; Orlando, Florida. Abstract OR08-7

2) http://www.pharmastar.it/news/orto-reuma/osteoporosi-abaloparatide-legato-a-riduzione-rischio-frattura-in-donne-in-post-menopausa-22585

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Gravidanza: i betabloccanti non aumentano il rischio di difetti cardiovascolari congeniti

L'esposizione del feto ai betabloccanti non sembra aumentare il rischio di difetti cardiovascolari congeniti. È quanto emerge da una metanalisi realizzata negli USA e pubblicata da JAMA Internal Medicine.La revisione degli studi ha considerato i dati relativi a oltre 300 mila gravidanze

(Reuters Health) – **Ming-Sum Lee** e colleghi, del Kaiser Permanente Medical Center di Los Angeles, hanno utilizzato i dati di 379.238 gravidanze, in 4.847 delle quali vi era stata un'esposizione del feti ai betabloccanti (2.628 durante il primo trimestre) assunto dalle future mamme, allo scopo di esaminare il rischio di malformazioni cardiache fetali.

Le donne che avevano assunto betabloccanti erano più anziane, avevano indici di massa corporea più elevati, con più elevate probabilità di diagnosi di ipertensione, preeclampsia, eclampsia, iperlipidemia, diabete, insufficienza e aritmia cardiache, rispetto alle donne che non avevano assunto beta- bloccanti. Inoltre, l'età gestazionale dei nascituri al momento del parto era in media anticipata nel gruppo dei neonati esposto ai betabloccanti (37.4 settimane) rispetto al gruppo dei non esposti (38,9 settimane).

E ancora: nell'analisi senza aggiustamenti l'esposizione ai betabloccanti materni è stata associata a un aumento del rischio per il feto di riportare un'anomalia cardiaca pari a 2,7 volte. Tuttavia, dopo l'aggiustamento dei dati (per età materna, indice di massa corporea, e patologie concomitanti) non emergeva alcuna significativa associazione tra l'esposizione ai betabloccanti e le anomalie cardiache congenite fetali, anche se l'esposizione era avvenuta nel primo trimestre di gravidanza.

"Questi risultati suggeriscono che le associazioni viste nell'analisi senza aggiustamenti sono state causate da fattori confondenti, piuttosto che agli effetti conferiti dall'esposizione ai beta-bloccanti in sé – osservano i ricercatori. Anche se questi risultati non escludono definitivamente la possibilità di difetti congeniti fetali in associazione con l'uso di beta-bloccanti, i risultati di questa metanalisi possono rassicurare sull'uso di questa classe di farmaci per il trattamento delle condizioni cardiache che lo richiedono".

Fonte: JAMA Intern Med 2017

Will Boggs

(Versione italiana Quotidiano Sanità/ Popular Science)

healthdesk

19-04-2017

LETTORI
10.000

http://www.healthdesk.it/

LO STUDIO

Gli antidepressivi in gravidanza non aumentano il rischio di autismo nei bambini

Le donne che assumono antidepressivi nei primi mesi di gravidanza non espongono i loro figli al rischio di autismo, né del disturbo da deficit di attenzione o iperattività (Adhd). Lo sostiene una ricerca pubblicata sul Journal of the American Medical Association.

Dopo aver passato in rassegna i diversi fattori di rischio per il consumo di psicofarmaci durante la gestazione, gli scienziati non hanno osservato nessun aumento del rischio di autismo, né dell'Adhd. Inoltre, le medicine per curare la depressione, in particolare gli inibitori del reuptake della serotonina, come il Prozac, non sembrano incidere sulla crescita del feto.

Esistono invece dati a sostegno del rischio di morte prematura. Nelle donne incinta che assumono antidepressivi si registra un aumento dei di 1,3 volte rispetto a chi non assume i farmaci.

«Per quanto ne sappiamo - afferma Brian D'Onofrio, professore al IU Bloomington College of Arts and Sciences' Department of Psychological and Brain Sciences, che ha guidato lo studio - questo è uno dei più importanti studi a dimostrazione del fatto che gli antidepressivi durante le prime fasi della gravidanza non sono associati con l'autismo, né con l'Adhad, né con scarsa crescita del feto. Valutare i rischi e i benefici dell'assunzione di farmaci antidepressivi in gravidanza spetta alle donne e al medico che le segue. Comunque questo studio suggerisce che l'impiego di questi farmaci è più sicuro dia quanto finora ritenuto».

I ricercatori del Karolinska Institute in Svezia e dell' Harvard T.H. Chan School of Public Health negli Usa sono giunti a questa conclsuione analizzando l'archivio svedese delle nascite tra il 1996 to 2012, che comprende 1,5 milioni di bambini. Incrociando i dati delle prescrizioni di antidepressivi con le diagnosi di autismo e disturbo dell'iperattività, i ricercatori non hanno trovato relazioni significative.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2015: 20.537
Lettori Ed. I 2016: 164.000
Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

Dir. Resp.: Mario Calabresi

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

DOPO LA SENTENZA DEL TRIBUNALE CONTRO LA MANGIAGALLI

Fecondazione, la Regione si arrende e paga i costi della diagnosi preimpianto

Non fare ricorso e sostenere le spese dell'esame che, per il giudice, la coppia ha tutto il diritto di fare. È l'orientamento della Regione dopo la sentenza del tribunale che ha dato ragione a una coppia che aveva chiesto (invano) di fare la diagnosi preimpianto alla Mangiagalli, per evitare che il futuro figlio potesse essere affetto da una patologia genetica delle ossa. L'assessore Gallera: «Personalmente ritengo sia giusto che la coppia possa fare il test. Che però la Mangiagalli non è in grado di fare: per questo se la coppia andrà in un'altra struttura, noi rimborseremo le spese».

ALESSANDRA CORICA A PAGINA VIII

IL CASO/ DOPO LA SENTENZA SULLA FECONDAZIONE CHE DAVA RAGIONE A UNA COPPIA L'ESAME SARÀ RIMBORSATO

Test preimpianto: la Regione non fa ricorso e pagherà

L'orientamento è quello di indirizzare i futuri genitori in una struttura fuori dalla Lombardia

L'esame sarà eseguito in un'altra regione

L'IDEA è di non fare ricorso. E sostenere le spese dell'esame che, per il giudice, la coppia ha tutto il diritto di fare. All'indomani della sentenza del tribunale, che ha dato ragione alla coppia che aveva chiesto (invano) di fare la diagnosi preimpianto (Pgd) alla Mangiagalli per evitare che il futuro figlio potesse essere affetto da esostosi (patologia genetica delle ossa dalla quale è affetto il padre), la Regione studia le modalità per adeguarsi. L'orientamento sarebbe quello di indirizzare la coppia presso una struttura in Emilia Romagna (visto che tra gli ospedali lombardi nessuno ha le competenze sulla patologia), coprendo i costi e senza fare appello contro la sentenza. Che stabilisce, nota il legale della coppia Gianni Baldini, «che effettuare su malattie gravi rappresenti una prestazione essenziale di assistenza. Concedere questa opportunità, quindi, non può rientrare nella discrezionalità dell'azienda sanitaria». Non solo: secondo il legale, la sentenza apre la porta a possibili ricorsi al Tar, per chiedere di far rientrare la Pgd tra i Livelli essenziali di assistenza, le prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico. Dalle quali l'esame è escluso.

L'iter giudiziario era iniziato nel 2014, quando la coppia si è rivolta alla Mangiagalli per fare l'esame. E si è vista rispondere no. Un fatto che il giudice Martina Flamini adesso ha bocciato, facendo riferimento sia alla sentenza della Consulta che nel 2015 ha liberalizzato la Pgd in Italia per le coppie fertili (prima escluse dalla legge 40), sia alla corte europea dei diritti dell'uomo. Secondo il giudice, l'ospedale deve fare l'esame alla coppia. O, se la Mangiagalli non è nelle condizioni di fare il test per questioni tecniche (come la mancanza dei macchinari), la sanità regionale dovrà sostenerne i costi in un'altra struttura. Ed è proprio questa la strada che Palazzo Lombardia sarebbe intenzionato a percorrere: «La Mangiagalli — ragiona l'assessore al Welfare Giulio Gallera — ha detto sin dall'inizio che non era nelle condizioni di fare il test. Che però io personalmente ritengo sia giusto che la coppia possa fare l'esame, per evitare di avere un figlio malato. Per questo l'idea è di non presentare ricorso, e sostenere i costi dell'esame in un altro ospedale». La struttura individuata dovrebbe essere l'istituto Rizzoli di Bologna, specializzato in malattie rare ortopediche.

(alessandra corica)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Milano
"Il futuro dell'Atm? Le Fs non sono una minaccia"
Trading book, la carta resiste a Internet

Il servizio di elisoccorso resta a Bresso bocciato il San Carlo
Coni di make up per le donne rifugiate
Test preimpianto: la Regione non fa ricorso e pagherà

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Fecondazione assistita, il Tribunale condanna la Clinica Mangiagalli: “Esegua diagnosi preimpianto”

Un altro successo dell'Associazione Luca Coscioni in tema di Fecondazione Assistita-Diagnosi Preimpianto: anche la clinica Mangiagalli, come stabilito dal Tribunale di Milano, dovrà assicurare la diagnosi preimpianto precedentemente rifiutata a una coppia che ne faceva richiesta. L'Associazione annuncia l'intenzione di impugnare i nuovi Lea che non prevedono la Pgd e i test genetici a carico delle prestazioni erogabili dal Ssn.

Il Tribunale di Milano ha confermato una giurisprudenza importante in materia di fecondazione assistita e di diagnosi preimpianto che, grazie alla sentenza della Corte Costituzionale 96/2015, è prevista anche per le coppie fertili portatrici di patologie genetiche e cromosomiche.

La decisione di oggi condanna la Clinica Mangiagalli di Milano a eseguire la diagnosi genetica preimpianto, ovvero a sostenere le spese per farla eseguire da altre strutture abilitate. La clinica sosteneva che la diagnosi genetica preimpianto non costituisse un diritto per il paziente ma una possibilità in base alle capacità tecniche della struttura. Il Tribunale ha condannato anche la Regione Lombardia, che si era costituita a sostegno delle tesi della clinica stessa.

“Questo dimostra come la Pgd (Diagnosi Genetica Preimpianto) su malattie gravi rappresenti una prestazione essenziale di assistenza. In altri termini – ha spiegato **Gianni Baldini**, membro di Giunta dell’Associazione Luca Coscioni, nonché legale della coppia protagonista del Caso Mangiagalli - in linea con la sent. 96/15 della Corte Cost., vi è un criterio omogeneo di gravità della patologia, dell'embrione (ex legge 40/04) come del feto 8 (ex legge 194/78), in forza del quale a tutela della salute della donna sussiste la pretesa ad effettuare la diagnosi genetica sull'embrione prima per evitare un aborto terapeutico del feto dopo. Concedere alla donna una tale possibilità non può rientrare nella discrezionalità dell'azienda sanitaria, essendo parte del diritto soggettivo alla procreazione cosciente e responsabile per il quale non può sussistere differenza tra riproduzione naturale o medicalmente assista."

"Negare l’analisi genetica in passato - ha spiegato l'Associazione Luca Coscioni - ha significato imporre aborti, malattie o rinunce al concepire nuova vita".

“Oggi una nuova decisione afferma diritti riconosciuti dalle Corti, ma disconosciuti dalla politica – ha detto **Filomena Gallo**, Segretario dell’Associazione Luca Coscioni -. Continueremo in ogni sede ad affermare libertà e diritti delle persone, ma la politica deve prendere atto della sconfitta reale di strategie proibizioniste che non appartengono più a questo tempo. Esiste un tempo, quello attuale, per prendere atto di tutto ciò e iniziare ad affermare pienamente il diritto alla scienza, alla salute, alla prevenzione, all'uguaglianza in un Paese democratico".

"La decisione odierna, inoltre, conferma quanto già stabilito dalla decisione del tribunale di Cagliari del 2012, e cioè che se una struttura è autorizzata ad eseguire tecniche di procreazione medicalmente assistita non può non fornire le informazioni sullo stato di salute dell'embrione prima del trasferimento in utero (art. 14 c.5 l.40/04). In assenza di struttura adeguata, l'azienda ospedaliera stipulerà convenzioni esterne come avviene per le altre specialistiche. Spiace tuttavia rilevare- sottolinea an cora Gallo - che il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha escluso la diagnosi preimpianto e le indagini genetiche dall'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nuovamente assistiamo a discriminazioni nell'accesso alle indagini diagnostiche. Equità nell'accesso alle cure significa avere un Servizio Sanitario che non discrimini in base alle patologie. Le coppie che non hanno la possibilità economiche per accedere alla Pgd dovranno rinunciare o seguire il difficile

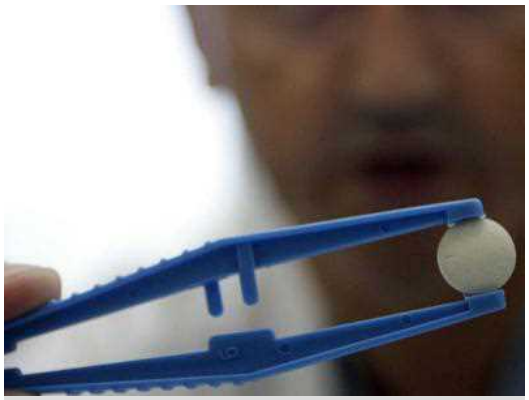
percorso di una interruzione di gravidanza".

"Per questo motivo - ha concluso Gallo - come già annunciato nei giorni scorsi con alcune coppie stiamo procedendo ad impugnare i Lea nella parte in cui non prevedono la Pgd e i test genetici a carico delle prestazioni erogabili dal Ssn".

Lorenzin: "Pillola abortiva in consultorio? La 194 non lo prevede"

SANITÀ

Tweet



(Fotogramma)

Pubblicato il: 19/04/2017 15:28

La legge 194 "non sembra prevedere che i consultori possano essere considerati fra le sedi in cui effettuare interventi di interruzione volontaria di gravidanza". Lo afferma il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, rispondendo a un'interrogazione, al Question time in Aula alla Camera, **sull'annuncio della Regione Lazio di sperimentare gli aborti farmacologici nei consultori** .

"**Le condizioni per effettuare l'aborto farmacologico**, in coerenza con la legge 194 - ricorda il ministro - **sono quelle indicate dalla legge stessa**: possono avvenire in ospedali, case di cura indicate dalla Regione, poliambulatori pubblici attrezzati adeguatamente e collegati agli ospedali, autorizzati anch'essi dalla Regione". Ma non si parla, appunto, di consultori.

Per Lorenzin, "**è evidente che la legge ha voluto garantire prima di ogni cosa le massime condizioni di sicurezza per la salute della donna**, con riferimento a tutte le possibili modalità d Ivg, compresa quella farmacologica. Sono in vigore le linee di indirizzo, sulla base dei 3 pareri espressi dall'Iss nel 2004, 2005 e 2010, elaborate da una commissione interna al ministero e approvate il 14 giugno 2010. Linee di indirizzo tuttora valide, non essendo cambiati in questi anni i farmaci utilizzati per l'Ivg".

Tweet

TAG: aborto, Lorenzin, Question time, aborto farmacologico, consultori, Ivg

Commenti

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

Is rivendica attacco al monastero S. Caterina in Egitto

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

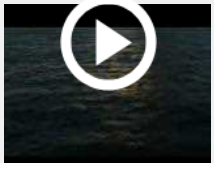
1. Pensione, allo studio uscita a 64 anni
2. Real-Bayern, come vedere la partita in tv e streaming
3. Ecco il virus di Word che ti svuota il conto in banca
4. Belen: "Borriello mi sbatteva fuori di casa"
5. E' caccia a Igor 'il fantasma', il killer potrebbe avere un complice

Video

Morbillo, l'epidemia continua

Is rivendica attacco al monastero S. Caterina in Egitto

I Simpson, 30 anni di risate



Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

Sanità24 Il Sole 24 ORE

Home Analisi Sanità risponde Scadenze fiscali Sanità in borsa

19 apr 2017

SEGNALIBRO FACEBOOK TWITTER

TAG

Medicina generale
Ospedale
Concorsi
Farmaci

DAL GOVERNO

Ivg, Lorenzin: «Liste d'attesa ridotte e carichi di lavoro sostenibili». Aborto farmacologico in consultorio? «Solo sperimentazione regionale»

di *Rosanna Magnano*

Potenziamento della rete di distribuzione farmaceutica, aborto farmacologico nel rispetto della legge 194, che tra l'altro in Italia ha «una piena ed effettiva applicazione», e nessuna iniziativa nazionale sull'assunzione della pillola abortiva in consultorio sul modello della sperimentazione decisa dalla Regione Lazio. Spazio a politiche di prevenzione contro l'assunzione di droghe, in particolare da parte di minorenni, anche con un bando tra le associazioni, per prevenire l'incidentalità stradale alcol-droga correlata e l'internet abuse tra gli under 18. Sono questi alcuni degli argomenti toccati dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** nel corso del question time di oggi alla Camera.

Interruzioni volontarie di gravidanza: «Legge 194 pienamente applicata»
Sulle interruzioni di gravidanza, in risposta all'allarme lanciato dalla deputata **Giovanna Martelli** (Mpd) sul problema dei ginecologi obiettori e sul fenomeno degli aborti clandestini, la ministra ha in particolare ribadito «i principali indicatori della piena ed effettiva applicazione della legge 194, dettagliati nella Relazione al Parlamento del 7 dicembre 2016 ». Cifre alla mano, la ministra ha detto che di fatto il problema non esiste.

I numeri non segnalerebbero criticità, ma è intenzione della ministra dal prossimo anno di pubblicare i dati raccolti anche struttura per struttura, oltre che in forma aggregata, come fatto finora. Al momento, a livello nazionale (ma si tratta di una media che nasconde disomogeneità regionali ndr) «il carico di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore è di 1.6 aborti a settimana su 44 settimane lavorative, numero che risulta dimezzato rispetto alla media nazionale del 1983 e sempre a livello nazionale, l'11% dei ginecologi non obiettori è assegnato ad altri servizi e non a quello di Ivg: in questi casi, cioè, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di Ivg e, quindi, parte di questo personale viene assegnato ad altri servizi».

Il fenomeno delle attese è stimato in riduzione. «Sono in continua diminuzione - continua Lorenzin - i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento: ora il 65.3% di Ivg è effettuato entro 14 giorni dal rilascio del certificato, e solo il 13.2% è effettuato oltre le tre settimane; sono tempi che includono la pausa dei sette giorni per "soprassedere", prevista dalla legge». E i tassi di mobilità, che potrebbero segnalare carenze nei servizi a livello locale, sono contenuti: «il 92,2% delle Ivg - spiega Lorenzin - è effettuato nella regione di residenza e di queste l'87,9% nella provincia di residenza: dati che evidenziano una bassa mobilità, comunque in linea con altre prestazioni a carico del Ssn».

Sul fronte degli aborti clandestini, la stima più recente è quella stata effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2012: con cifre fra i 12.000 e 15.000 casi, per le donne italiane, e fra i 3000 e i 5000 casi per le donne straniere. Un fenomeno di illegalità in calo, così come rilevato anche dal ministero della Giustizia. Ciò detto, ha concluso Lorenzin, il monitoraggio continua e l'attenzione sulla tutela della salute della donna**«resta alta»**

Aborto farmacologico in consultorio: «Solo una sperimentazione del Lazio»

Quella sulla sperimentazione della somministrazione di farmaci per Ivg nei consultori è «una esclusiva iniziativa regionale», spiega Lorenzin, che «non sembra essere fondata su di alcuno studio sperimentale approvato, né su novità scientifiche sopravvenute né su pareri di comitati etici». E «i tecnici partecipanti al Gruppo di lavoro regionale, appositamente costituito, procederanno ad elaborare un'ipotesi progettuale per la sperimentazione, della durata di 18 mesi, di un protocollo operativo sulla Ivg farmacologica presso un Consultorio Familiare, in collegamento funzionale con il Reparto di Ostetricia e Ginecologia di una struttura ospedaliera di primo livello, dotata di strumentazione idonea all'assistenza delle utenti». A livello nazionale quindi resta valido quanto stabilito dalla legge 194, che ha previsto che l'Ivg debba avvenire presso «gli ospedali, le case di cura autorizzate dalla Regione e presso i poliambulatori pubblici, adeguatamente attrezzati e funzionalmente collegati agli ospedali, parimenti autorizzati dalla Regione. La legge 194 non sembra prevedere, quindi, che i consultori possano essere considerati fra le sedi in cui effettuare interventi di Ivg, compresa la modalità farmacologica. E restano valide, a tutela della massima sicurezza della donna, le linee di indirizzo elaborate, sulla base di ben tre pareri del Consiglio Superiore di Sanità (del 2004, del 2005 e del 2010), da una commissione interna al Ministero stesso ed approvate in data 14 giugno 2010, e tuttora disponibili sul sito istituzionale del Ministero.

Lavori in corso sul potenziamento della rete delle farmacie

«l processo di potenziamento della rete di distribuzione farmaceutica avviato nel 2012», finalizzato a favorire l'accesso alla titolarità di nuove sedi farmaceutiche da parte di un più ampio numero di farmacisti, soprattutto giovani, spiega la ministra Lorenzin è «tuttora in corso». Il Governo ha facilitato il percorso prorogando «il termine di validità delle graduatorie del concorso straordinario dagli iniziali due anni a ben sei anni - decorrenti, peraltro, dalla data del primo interpello effettuato per l'assegnazione delle sedi oggetto del concorso straordinario». **Ma le buone intenzioni rischiano di arenarsi a fronte di «un rilevante contenzioso amministrativo che ha, di fatto, impedito l'assegnazione, da parte di moltissime regioni, della gran parte delle nuove sedi farmaceutiche». La soluzione, che la ministra ricorda è stata quindi lo slittamento della scadenza delle graduatorie con il decreto-legge "milleproroghe" 2017.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
05 Agosto 2015

Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra proposta diventa legge»

LAVORO E PROFESSIONE
04 Settembre 2015

Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

EUROPA E MONDO
02 Settembre 2015

Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Camera, question time/1. Ru486 nei consultori. Lorenzin: “Decisione regionale, la 194 non sembra prevedere tale prassi”

Rispondendo all'interrogazione dell'onorevole Roccella, in merito al progetto del Lazio per la somministrazione dell'aborto farmacologico nei consultori ha innanizittutto sottolineato che "la Regione deve stabilire ancora una linea progettuale", ma ha ribadito che la legge nazionale non sembra prevedere "i consultori tra le sedi ove è possibile effettuare Ivg" e che in proposito "sono ancora in vigore le linee guida della Salute del 2010".

Aborti farmacologici nei consultori regionali del Lazio. Ne scrive, annunciandoli, la stampa ed **Eugenia Roccella (Misto)** chiede al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** durante il question time di oggi alla Camera se il Governo sia a conoscenza della documentazione scientifica e amministrativa alla base della sperimentazione suddetta e come l'aborto farmacologico si concili con la normativa nazionale, sottolineando che la legge 194/1978 prevede esplicitamente che l'aborto avvenga in strutture ospedaliere o in «poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione», e non in consultori, che il Consiglio superiore di Sanità non si è mai espresso a favore di questa soluzione e, anzi, nella relazione al Parlamento sull'applicazione della 194sono inoltre riportati due decessi di donne a seguito di aborto farmacologico che, secondo la letteratura scientifica, presenta una mortalità dieci volte maggiore di quella per aborto chirurgico.

Ecco la risposta del ministro della Salute Beatrice Lorenzin:

"Rispondo all’On.le interrogante, riferendo, innanzitutto, quanto comunicato dalla Regione Lazio. Quest’ultima ha chiarito che, per ciò che riguarda la sperimentazione della somministrazione di farmaci per IVG nei consultori, i tecnici partecipanti al Gruppo di lavoro regionale, appositamente costituito, procederanno ad elaborare un’ipotesi progettuale per la sperimentazione, della durata di 18 mesi, di un protocollo operativo sulla IVG farmacologica presso un Consultorio Familiare, in collegamento funzionale con il Reparto di Ostetricia e Ginecologia di una struttura ospedaliera di primo livello, dotata di strumentazione idonea all’assistenza delle utenti.

Quindi, secondo quanto comunicato dalla Regione Lazio, la sperimentazione della somministrazione di farmaci per IVG nei consultori, di cui hanno dato notizia, nelle scorse settimane, gli organi di stampa, costituisce oggetto di una decisione esclusiva dell’amministrazione regionale, la quale, allo stato attuale, non sembra essere fondata su di alcuno studio sperimentale approvato, né su novità scientifiche sopravvenute né su pareri di comitati etici.

Ricordo, infatti, che le condizioni per effettuare l’aborto farmacologico in coerenza con la legge 194 sono innanzitutto quelle indicate dalla legge stessa, che ha previsto che esso debba avvenire presso gli ospedali, le case di cura autorizzate dalla Regione e presso i poliambulatori pubblici, adeguatamente attrezzati e funzionalmente collegati agli ospedali, parimenti autorizzati dalla Regione.

La legge 194 non sembra prevedere, quindi, che i consultori possano essere considerati fra le sedi in cui effettuare interventi di IVG.

E’, dunque, evidente che la legge ha voluto garantire, prima di ogni cosa, le massime condizioni di sicurezza per la salute della donna con riferimento a tutte le possibili modalità di IVG, ivi compresa, ovviamente, anche quella farmacologica.

Nello specifico dell’aborto farmacologico, devo, altresì, ricordare che sono ancora in vigore le linee di indirizzo elaborate, sulla base di ben tre pareri del Consiglio Superiore di Sanità (del 2004, del 2005 e del 2010), da una commissione interna al Ministero stesso ed approvate in data 14 giugno 2010, e tuttora disponibili sul sito istituzionale del Ministero.

Tali linee di indirizzo risultano ancora valide perché, come ricordato dall’Onorevole interrogante, non sono cambiati, in questi anni, i farmaci utilizzati per la IVG".

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Camera, question time/2. In Italia stimati tra i 15 e i 20mila aborti clandestini. Lorenzin: "Dal prossimo anno dati su obiezione struttura per struttura"

Risponendo durante il question time alla Camera a ventitré deputati del gruppo Articolo 1- Movimento democratico e progressista, il ministro Lorenzin ha ricordato comunque i dati che testimoniano la corretta applicazione della legge 194 e ha garantito ulteriori controlli anche con la pubblicazione dalla prossima relazione dei dati per singola struttura.

Aborto: l'Italia torna "clandestina". Da Nord a Sud l'80% dei ginecologi, e oltre il 50% di anestesisti e infermieri, non applica più la legge n.194 del 1978 e partendo da questo dato **ventitré deputati del gruppo Articolo 1-Movimento democratico e progressista** (**Giovanna Martelli, Marisa Nicchi, Filippo Fossati, Michele Piras, Arturo Scotto, Stefano Quaranta, Lara Ricciatti, Filiberto Zaratti, Giuseppe Zappulla, Tea Albini, Carlo Galli, Francesco Laforgia, Angelo Capodicasa, Donatella Duranti, Franco Bordo, Paolo Fontanelli, Roberta Agostini, Gianni Melilla, Delia Murer, Florian Kronbichler, Michele Mognato, Danilo Leva. Eleonora Cimbro**) hanno chiesto al ministro Lorenzin quali iniziative intenda porre in essere il Governo per garantire la piena applicazione della legge 194, così come sottolineato dal Comitato dei diritti umani dell'Onu, e contrastare la pratica illegale degli aborti, contribuendo in questo modo anche a combattere il fenomeno delle organizzazioni criminali che sul territorio italiano gestiscono le strutture clandestine che mettono a grave rischio la salute e la vita delle donne.

Ecco la risposta del ministro della Salute Beatrice Lorenzin:
Ringrazio gli Onorevoli interroganti perché mi consentono di ribadire, ancora una volta, che i principali indicatori della piena ed effettiva applicazione della legge 194, dettagliati nella Relazione al Parlamento del 7 dicembre 2016, mostrano che:
- a livello nazionale, il carico di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore è di 1.6 aborti a settimana su 44 settimane lavorative, numero che risulta dimezzato rispetto alla media nazionale del 1983;

- sempre a livello nazionale, l'11% dei ginecologi non obiettori è assegnato ad altri servizi e non a quello di IVG: in questi casi, cioè, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG e, quindi, parte di questo personale viene assegnato ad altri servizi;

- sono in continua diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento: ora il 65.3% di IVG è effettuato entro 14 giorni dal rilascio del certificato, e solo il 13.2% è effettuato oltre le tre settimane; sono tempi che includono la pausa dei sette giorni per "soprassedere", prevista dalla legge;

- il 92,2% delle IVG è effettuato nella regione di residenza e di queste l'87,9% nella provincia di residenza: dati che evidenziano una bassa mobilità, comunque in linea con altre prestazioni a carico del SSN;

- la stima più recente dell'abortività clandestina è stata effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità **nel 2012** (e non nel 2008, come riferito dagli onorevoli interroganti) con stime fra i 12.000 e 15.000 casi, per le donne italiane, e fra i 3000 e i 5000 casi per le donne straniere.

Tale ultima stima, ricavata attraverso l'applicazione di modelli matematici, appare confermata dalla recente relazione annuale al Parlamento sul monitoraggio della legge 194 condotto dal Ministero della Giustizia, riferito all'anno 2016, ove si afferma che la violazione delle disposizioni penali previste dalla legge 194 è di ridotte proporzioni, essendo sempre caratterizzato da un contenuto numero di procedimenti penali e da un numero di

persone iscritte nel registro degli indagati analogamente contenuto.

Riguardo alla posizione del **Comitato Diritti Umani delle Nazioni Unite**, evidenzio che quest'ultimo Comitato non ha indicato azioni specifiche da attivare con riferimento alla IVG, contrariamente a quanto deciso in relazione ad altri settori di competenza (ad es. introduzione nell'ordinamento italiano del reato di tortura), né sono state contestate le specifiche risposte fornite dal Governo italiano.

Ciò detto, intendo rassicurare gli Onorevoli interroganti che è mia ferma intenzione **proseguire nell'attività di monitoraggio dell'applicazione della legge 194**, tenendo alta l'attenzione sulla tutela della donna e verificando, concretamente, l'operato delle amministrazioni regionali, alle quali, come è noto, **è attribuita la responsabilità dell'organizzazione del servizio sanitario, ivi compreso quello relativo alla IVG**.

A tale specifico riguardo, segnalo che i referenti regionali del servizio IVG sono periodicamente convocati al Ministero della Salute per condividere i dati e le informazioni raccolte, prima della pubblicazione degli stessi nella relazione annuale al Parlamento.

Dal prossimo anno è, peraltro, mia intenzione pubblicare i dati raccolti anche struttura per struttura, oltre che in forma aggregata, come fatto finora".

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

20-APR-2017
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

Aborto farmacologico nei consultori: Lorenzin dice no alla Regione Lazio

LA MINISTRA DELLA SANITÀ: «LE SEDI PER L'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA SONO SOLO QUELLE INDICATE DALLE NORME»

LA SPERIMENTAZIONE

ROMA La Regione Lazio ha deciso la sperimentazione dell'aborto farmacologico (la pillola Ru 486) nei consultori. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, rispondendo a una interrogazione, afferma: «La legge 194 non consente l'aborto farmacologico nei consultori». La Regione Lazio ha indetto un bando per l'assunzione di ginecologi non obiettori al San Camillo per garantire il diritto delle donne romane all'aborto. La Lorenzin spiega che «il numero dei ginecologi non obiettori risulta superiore a quello necessario».

In sintesi: la linea seguita dalla regione governata dal presidente Nicola Zingaretti sembra non in sintonia con le posizioni della ministra della Salute sul tema delle interruzioni volontarie di gravidanza. Il caso della Ru 486, tra l'altro, ieri è arrivato anche in consiglio regionale, sollevato dall'esponente di centro destra Olimpia Tarzia, secondo la quale la sperimentazione nei consultori è «folle, perché la Ru486 viene somministrata dopo che l'embrione si è da più di un mese annidato in utero». La risposta della giunta Zingaretti è stata esposta dall'assessore Rita Visini, che ha ribattuto: la sperimentazione durerà diciotto mesi, e «avverrà presso un consultorio familiare, in collegamento funzionale con il Reparto di Ostetricia e Ginecologia di una struttura ospedaliera di primo livello, dotata di strumentazione idonea all'assistenza delle utenti, così come previsto dalla norma nazionale». Dunque, secondo la Regione comunque il legame con il reparto ospedaliero resta garantito. Ma il ministro Lorenzin, rispondendo a una interrogazione durante il question time alla Camera, è andata in una direzione opposta.

LO STOP

Ecco le sue parole: la legge 194 «non sembra prevedere che i consultori possano essere considerati fra le sedi in cui effettuare interventi di interruzione volontaria di gravidanza». Ancora: «Le condizioni per effettuare l'aborto farmacologico, in coerenza con la legge 194, sono quelle indicate dalla legge stessa: può avvenire in ospedali, case di cura indicate dalla Regione, poliambulatori pubblici attrezzati adeguatamente e collegati agli ospedali, autorizzati anch'essi dalla Regione». Ma non si parla di consultori, «è evidente che la legge ha voluto garantire prima di ogni cosa le massime condizioni di sicurezza per la salute della donna, con riferimento a tutte le possibili modalità di interruzione volontaria della gravidanza, compresa quella farmacologica».

Nel Lazio, secondo i dati diffusi dall'assessore regionale Visini, nel 2015 ci sono state 9.617 interruzioni di gravidanza, con una diminuzione dell'8 per cento rispetto all'anno precedente. Ma il caso della sperimentazione della somministrazione della Ru 486 nel consultorio lascia una lunga scia di polemiche. Anche Fabio De Lillo, consigliere regionale di centro destra, attacca: «Le dichiarazioni del ministro Lorenzin chiariscono come la decisione della Regione Lazio non rispetti la normativa della legge 194 e per di più non è supportata da studi o pareri». Sul tema della carenza dei ginecologi non obiettori, l'onorevole Lara Ricciatti di Articolo 1-Mdp, ha presentato una proposta di legge per favorirne l'assunzione, come già avviene nel Lazio.

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Aborto. L'Asl Napoli 3 Sud formerà un'equipe di non obiettori

L'équipe sarà interamente dedicata al servizio di interruzione volontaria di gravidanza e dovrà spostarsi nelle varie strutture sul territorio aziendale, in base ad un cronoprogramma di lavoro prestabilito.

"Per far fronte ai problemi legati all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), la direzione strategica dell'Asl Napoli 3 Sud intende formare un'equipe (medico-ginecologo, anestesista, assistente sociale, ostetrica, infermiere) interamente dedicata a questo servizio". Lo annuncia la stessa Asl in una nota.

L'intenzione della Asl è creare "un gruppo che possa spostarsi agevolmente nelle varie strutture sul territorio aziendale, in base ad un cronoprogramma di lavoro prestabilito".

Attualmente, si spiega nella nota, nell'Asl Napoli 3 Sud l'interruzione volontaria di gravidanza è garantita presso l'ospedale di Vico Equense grazie alla presenza in servizio di un medico non obiettore.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori Ed. I 2016: 65.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

GIORNALE DI SICILIA
SICILIA ORIENTALE

Dir. Resp.: Antonio Ardizzone

20-APR-2017
da pag. 34
foglio 1
www.datastampa.it

GUP. La donna di Valguarnera si era recata all'«Umberto I» per un controllo. Indagato il ginecologo della struttura sanitaria di Piazza Armerina, che l'aveva visitata l'ultima volta

Puerpera va in ospedale e apprende della morte del feto

LA DIFESA RIBADISCE CHE LA PRIMA CONSULENZA APPARE INESATTA

VALGUARNERA

●●● Giunta in ospedale, una donna di Valguarnera al nono mese di gravidanza venne informata della morte del suo bimbo. Per questo la Procura di Enna ha chiesto il rinvio a giudizio del ginecologo dell'ospedale di Piazza Armerina che due settimane prima del ricovero aveva visitato la puerpera. L'accusa ipotizzata dalla magistratura requirente ennese è omicidio colposo e l'udienza preliminare, dinanzi al gup Luisa Maria Bruno, questa mattina entrerà nel vivo con la deposizione dei consulenti del pubblico ministero e della difesa. Il decesso del piccolo fu constatato il 7 ottobre. La richiesta di rinvio a giudizio è stata formulata dal procuratore Massimo Palmeri. La morte sarebbe dovuta, secondo quanto scritto nella ricostruzione del fatto elaborata dalla Procura al termine dell'indagine, a una "sofferenza fetale cronica, aggravata da un distacco parziale di placenta, ad andamento clinico subacqueo". La Procura ipotizza che il medico avrebbe involontariamente provocato la morte endouterina del feto, ritardando colposamente la diagnosi. Secondo la Procura, per citare in sintesi la ricostruzione dei magistrati, il 30 settembre 2014, ricevendo in cura la madre, che era "giunta alla trentottesima settimana più cinque giorni di gravidanza" e "presentava una crescita fetale di due settimane in meno rispetto all'epoca amenorrea", avrebbe omesso di "ordinare l'esecuzione di controlli diagnostici più specifici, approfonditi e frequenti per scoprire le cause del ritardo nella crescita intrauterino", "limitandosi a disporre l'esecuzione di un tracciato solo dopo una settimana (ossia alla quarantesima di amenorrea), colposamente ritardando la diagnosi e la cura della sofferenza fetale cronica, così cagionandone il decesso". L'indagato è difeso dall'avvocato Salvatore Bevilacqua, che all'udienza preliminare ha chiesto l'effettuazione di una perizia. In aula è parte civile la famiglia del piccolo, assistita dall'avvocato Sinuhe Curcuraci. Contattato telefonicamente, quando si chiuse l'inchiesta, l'avvocato Bevilacqua – il quale sin dall'inizio ha sempre respinto ogni ipotesi di responsabilità da parte del suo assistito per questo evento tragico – aveva sottolineato che la difesa ha respinto ogni accusa, puntando l'indice contro la prima consulenza, che definì "inesatta"; e in cui, sempre per la difesa, mancherebbe della documentazione. "Contiamo – disse il difensore del medico – di farlo valere già dinanzi al giudice per l'udienza preliminare". Per questo è stata chiesta la perizia già in questa fase. E oggi sarà il giorno dell'audizione dei consulenti.

La vicenda, si ricorda, divenne di pubblico dominio già in quell'ottobre. La donna, riferirono fonti vicine alla famiglia, giunta al Pronto soccorso, scoprì che il bimbo era morto, ancor prima di venire al mondo. La famiglia sporse denuncia ai carabinieri e conferì mandato di assisterli all'avvocato Curcuraci. Ora dunque la parola passerà al Gup, chiamato a stabilire se gli elementi raccolti dall'accusa siano idonei e sufficienti, o meno, a sostenere l'accusa in un eventuale giudizio.

(*JTR*)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Vaccini anti-Hpv, ginecologi e ostetrici *vs* Report: "I giornalisti dovevano chiedere il nostro parere"

Sono stupiti di non essere stati contattati dai giornalisti i rappresentanti di ginecologi e ostetrici italiani. Sigo, la Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, Aogoi, l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani e Agui, l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani manifestano il proprio dissenso per i contenuti della trasmissione di Rai3, "Report", andata in onda lo scorso lunedì 17 aprile.

"Tutte le evidenze scientifiche mostrano che il vaccino anti-Hpv è caratterizzato da un eccellente profilo di sicurezza e di efficacia, ed è in grado di far diminuire significativamente il numero di infezione da papilloma virus, e quindi le conseguenti lesioni precancerose". Lo dice **Elsa Viora**, presidente Aogoi, l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani, intervenendo nel dibattito acceso da Report. La trasmissione di Rai 3 ha evidenziato come in altri paesi europei, a differenza dell'Italia, siano state fatte delle ricerche scientifiche che dimostrerebbero la pericolosità delle reazioni avverse al vaccino contro l'Hpv.

"Senza entrare nel merito della polemica sul taglio giornalistico del servizio mandato in onda da Report – ha proseguito Viora – mi limito a rilevare che i responsabili e gli aderenti alle nostre Associazioni sono francamente meravigliati del fatto che nessuna delle nostre società scientifiche, che pure rappresentano la quasi totalità dei ginecologi e degli ostetrici italiani, sia stata contattata dalla redazione per un parere autorevole, e scientificamente supportato, riguardo all'efficacia e alla sicurezza della vaccinazione anti-Hpv".

"Questo e altri episodi di informazione fuorviante su questioni mediche e scientifiche – ha aggiunto **Giovanni Scambia**, Presidente Sigo, la Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia – ci devono indurre a rivalutare l'importanza della buona comunicazione, e devono spronare tutte le società scientifiche a rendersi sempre più protagoniste all'interno del circuito dell'informazione: non solo tecnico-scientifica, ma anche divulgativa. I contenuti della trasmissione televisiva di lunedì scorso dovrebbero poi ammonirci sulla necessità di comunicare meglio e a comunicare con tutti: non solo attraverso le riviste scientifiche a un pubblico di iniziati, ma anche al grande pubblico attraverso la stampa laica e generalista".

D'accordo anche l'Agui, l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani che, attraverso il suo presidente, **Nicola Colacurci,** ha sottolineato che "l'efficacia crescente delle vaccinazioni in ginecologia, e la minaccia rappresentata dai movimenti no-vax che si stanno diffondendo in tutto il mondo devono ricordare a noi ginecologi universitari il valore di una corretta formazione dei medici di domani sull'opportunità rappresentata dall'immunizzazione".

CORRIERE DELLA SERA.it

19-04-2017

Lettori
57.304

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

I CONSIGLI DEGLI ESPERTI

Donne e tumori, tutto quello che serve sapere per salvare la sessualità

Le terapie prescritte per curare i più frequenti tumori femminili provocano spesso atrofia vaginale, incontinenza e difficoltà nei rapporti sessuali. Disturbi molto diffusi, a prescindere dal cancro, anche fra le donne che vanno in menopausa. La qualità di vita delle pazienti oncologiche, che sempre più spesso guariscono o convivono anche per lunghi anni con una malattia che grazie alle cure diventa “cronica”, subisce così un duro colpo. Troppo spesso i medici, però, non affrontano questi aspetti «intimi» e solo il 10 per cento delle donne trova il coraggio di parlarne con il medico. Ma i rimedi ci sono e per sensibilizzare clinici e pazienti, oncologi e ginecologi hanno lanciano la campagna nazionale FemiLift, per la qualità della vita della paziente oncologica, presentata nei giorni scorsi al Ministero della Salute.

Superate l’imbarazzo e parlate al medico

Non rassegnatevi, superate l’imbarazzo e parlatene con il vostro medico. Solo così potrete trovare una soluzione a disturbi difficili (e molto diffusi) quali atrofia vaginale, incontinenza, difficoltà o impossibilità di avere rapporti sessuali: conseguenze frequenti del trattamento dei tumori femminili con ormonoterapia, chemioterapia e radioterapia.«Questi problemi, non di rado sottostimati, possono avere un impatto negativo sulla qualità di vita malattia – spiega Francesco Cognetti, direttore dell’Oncologia Medica 1 dell’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma e presidente della Fondazione Insieme contro il Cancro -: i rapporti sessuali diventano impossibili e le difficoltà nella minzione spesso compromettono le relazioni sociali. Sia i clinici che le pazienti devono imparare a parlarne, perché oggi abbiamo tante terapie a disposizione e nuovi strumenti, come l’uso del laser, che consente di trattare in modo efficace l’atrofia vaginale».

di Vera Martinella

ANSAit

19-04-2017

LETTORI

137.040

http://www.ansa.it

Ok delle autorità Usa alla prima immunoterapia per il cancro della vescica

Nel 2016 in Italia ci sono stati 26.600 nuovi casi

ROMA - La Food and Drug Administration (Fda), autorità statunitense per i farmaci, ha concesso l'approvazione accelerata per il primo trattamento di immunoterapia dei pazienti affetti da cancro della vescica avanzato o metastatico non idonei a chemioterapia.

Si tratta della prima e unica immunoterapia oncologica - mirata a risvegliare il sistema immunitario per combattere il cancro - approvata nel carcinoma della vescica avanzato come trattamento iniziale nei pazienti non adatti alla chemioterapia. In Italia, solo nel 2016, si sono registrati 26.600 nuovi casi per tale tumore.

Il carcinoma alla vescica è la forma più comune di carcinoma uroteliale e un paziente su due con malattia avanzata non è in grado di sottoporsi a chemioterapia come trattamento iniziale e presenta pertanto un'urgente esigenza medica insoddisfatta. La molecola immunoterapica atezolizumab è stata la prima immunoterapia approvata dalla FDA per questo tipo di tumore ed ha assunto il ruolo di terapia standard per i pazienti andati incontro a progressione della malattia dopo un trattamento con altri farmaci, prima o dopo intervento chirurgico, o a seguito di diffusione del tumore.

Si tratta di una neoplasia che non ha visto grandi progressi scientifici per più di 30 anni: è il nono e più comune tumore in tutto il mondo, con 430.000 nuovi casi diagnosticati nel 2012 che si traducono in circa 145.000 decessi ogni anno. Gli uomini hanno una probabilità di contrarre il carcinoma alla vescica tre volte superiore rispetto alle donne, ed è tre volte più comune nei Paesi sviluppati che nei Paesi meno sviluppati.

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

19-04-2017

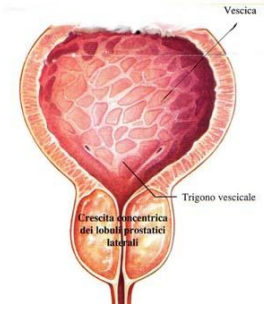
LETTORI

8.700

http://www.pharmastar.it

Tumore vescica: ok Fda per atezolizumab, prima immunoterapia validata per questa indicazione

La Food and Drug Administration statunitense ha concesso ad atezolizumab l'approvazione accelerata per il trattamento dei pazienti affetti da carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico non idonei a chemioterapia con cisplatino. Si tratta della prima e unica immunoterapia oncologica approvata nel carcinoma della vescica avanzato come trattamento iniziale nei pazienti non adatti alla chemioterapia con cisplatino.



La Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha concesso ad atezolizumab l'approvazione accelerata per il trattamento dei pazienti affetti da carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico non idonei a chemioterapia con cisplatino. Si tratta della prima e unica immunoterapia oncologica approvata nel carcinoma della vescica avanzato come trattamento iniziale nei pazienti non adatti alla chemioterapia con cisplatino.

Atezolizumab era stato precedentemente approvato per il trattamento dei pazienti con carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico andati incontro a progressione durante o dopo chemioterapia a base di platino, o entro 12 mesi dalla somministrazione di una chemioterapia prima (neoadiuvante) o dopo (adiuvante) intervento chirurgico.

Il carcinoma alla vescica è la forma più comune di carcinoma uroteliale e un paziente su due con malattia avanzata non è in grado di sottoporsi a chemioterapia con cisplatino come trattamento iniziale e presenta pertanto un'urgente esigenza medica insoddisfatta. Il carcinoma uroteliale comprende anche tumori maligni dell'uretra, degli ureteri e della pelvi renale.

Il programma di approvazione accelerata della FDA è concesso esclusivamente ai farmaci che rispondono

a tutte quelle esigenze mediche non ancora soddisfatte dalle attuali terapie e per condizioni gravi, in base a evidenze precoci ma che indicano la presenza di un beneficio clinico. L'indicazione di atezolizumab è stata approvata mediante procedura accelerata sulla base del tasso e della durata della risposta. L'approvazione di questa indicazione potrebbe essere subordinata alla verifica di un beneficio clinico e alla sua descrizione nelle sperimentazioni di conferma. L'approvazione odierna di atezolizumab si basa sui risultati dello studio di fase II IMvigor210.
Negli Stati Uniti si tratta della terza approvazione per atezolizumab nell'arco di meno di un anno. Atezolizumab è stato anche approvato per il trattamento dei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico andati incontro a progressione della malattia durante o dopo chemioterapia a base di platino o con una target therapy, approvata dalla FDA (nel caso in cui il tumore presenti mutazioni dei geni EGFR o ALK). Non è noto se atezolizumab è sicuro ed efficace nei bambini.

Lo studio IMvigor210

IMvigor210 consiste in uno studio di fase II in aperto, multicentrico e a braccio singolo che ha valutato la sicurezza e l'efficacia di atezolizumab nei pazienti con carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico, indipendentemente dall'espressione di PD-L1. I partecipanti allo studio sono stati arruolati in una di due coorti. L'approvazione accelerata si basa sui risultati della Coorte 1, costituita da 119 pazienti con carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico non idonei a chemioterapia a base di platino e non pretrattati oppure andati incontro a progressione almeno 12 mesi dopo chemioterapia neoadiuvante o adiuvante. I pazienti della coorte sono stati trattati con una dose di atezolizumab da 1200 mg per via endovenosa ogni tre settimane, fino all'insorgenza di tossicità o progressione della malattia. L'endpoint primario dello studio era il tasso di risposta obiettiva (ORR).

Atezolizumab

Atezolizumab è un anticorpo monoclonale progettato per interferire con una proteina chiamata PD-L1 (programmed death ligand-1), espressa sulle cellule tumorali (TC) e sulle cellule immunitarie (IC) impedendo che si leghi a PD-1 e B7.1 sulla superficie delle cellule T. Inibendo la proteina PD-L1, atezolizumab può attivare le cellule T, ripristinando la loro capacità di rilevare in modo efficace le cellule tumorali e di attaccarle.

Il carcinoma uroteliale metastatico

Il carcinoma uroteliale metastatico (mUC) è associato a una prognosi sfavorevole e a limitate opzioni terapeutiche. Si tratta di un tumore che non ha visto grandi progressi scientifici per più di 30 anni. Il carcinoma uroteliale è il nono e più comune tumore in tutto il mondo, con 430.000 nuovi casi diagnosticati solo nel 2012 che si traducono in circa 145.000 decessi ogni anno. Gli uomini hanno una probabilità di contrarre il carcinoma uroteliale, tre volte superiore rispetto alle donne, ed è tre volte più comune nei Paesi sviluppati che nei Paesi meno sviluppati.

healthdesk

19-04-2017

LETTORI

10.000

http://www.healthdesk.it/

FARMACI

Tumore della vescica, in USA approvazione accelerata per atezolizumab

La Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha concesso ad atezolizumab, anticorpo monoclonale di Roche, l'approvazione accelerata per il trattamento dei pazienti con carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico non idonei a chemioterapia con cisplatino.

Si tratta della prima e unica immunoterapia oncologica approvata nel carcinoma della vescica avanzato come trattamento iniziale nei pazienti non adatti alla chemioterapia con cisplatino. Atezolizumab è stato precedentemente approvato per il trattamento dei pazienti con carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico andati incontro a progressione durante o dopo chemioterapia a base di platino, o entro 12 mesi dalla somministrazione di una chemioterapia prima (neoadiuvante) o dopo (adiuvante) intervento chirurgico.

Il carcinoma alla vescica è la forma più comune di carcinoma uroteliale e un paziente su due con malattia avanzata non è in grado di sottoporsi a chemioterapia con cisplatino come trattamento iniziale e presenta pertanto un'urgente esigenza medica insoddisfatta. Il carcinoma uroteliale comprende anche tumori maligni dell'uretra, degli ureteri e della pelvi renale.

«Siamo molto soddisfatti di sapere che atezolizumab verrà messo a disposizione di un maggior numero di persone affette da carcinoma della vescica avanzato, compresi coloro non adatti a sottoporsi al trattamento iniziale con chemioterapia a base di cisplatino» commenta Sandra Horning, Chief Medical Officer e Head of Global Product Development. «Atezolizumab è stata la prima immunoterapia oncologica approvata dalla FDA per i pazienti con carcinoma della vescica avanzato – precisa - e ha assunto il ruolo di terapia standard per i pazienti andati incontro a progressione della malattia dopo un trattamento con altri farmaci, prima o dopo intervento chirurgico, o a seguito di diffusione del tumore».

L'indicazione di atezolizumab è stata approvata mediante procedura accelerata sulla base del tasso e della durata della risposta. L'approvazione si basa sui risultati dello studio di fase II IMvigor210 e negli Stati Uniti è terza approvazione per atezolizumab nell'arco di meno di un anno.

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

20-APR-2017
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

"Ecco la mappa dei geni killer Adesso possiamo fermarli"

I PUNTI

COSA PROVOCA IL TUMORE
Alterazioni dei geni. Ogni cancro è unico, in una girandola di combinazioni delle 5-20 mutazioni che lo determinano

I COMPORTAMENTI
Il 70 o 80% dei tumori è scritto nei geni. Ma gli stili di vita possono ridurre l'incidenza di tumore del 20-30%: un risultato enorme

IL NUOVO ESAME
Identifica ora 115 mutazioni genetiche ereditarie, quelle conosciute ad ora. Accurato e sostenibile economicamente

IL FUTURO
Sapremo di più sul rischio individuale: identificheremo più mutazioni ereditarie e misureremo gli effetti dell'ambiente

Oggi conosciamo gli errori genetici responsabili del 10 per cento di tutte le neoplasie

Fumo, alcol, sovrappeso sostanze tossiche: eliminarli può ridurre il rischio del 20-30 per cento

Un test cerca il Dna mutato che ereditiamo e predispone ai tumori

Permetterà di studiare strategie per evitarli. Con diagnosi precoce e buoni stili di vita

PIER GIUSEPPE PELICCI

MILANO. Una mappa individuale del rischio di ammalarsi di tumore: oggi abbiamo gli strumenti per iniziare a disegnarla, rendendo concreta una delle promesse della genomica. La decodifica del genoma umano, 17 anni fa, ci ha infatti confermato che il cancro è una questione di geni alterati, e che ogni tumore è diverso dall'altro, in una girandola di combinazioni diverse delle 5-20 mutazioni genetiche che lo determinano. Alcune di queste mutazioni sono ereditarie, altre sono favorite dall'ambiente in cui viviamo e dallo stile di vita che scegliamo, altre infine derivano da errori che il nostro Dna fa quando copia se stesso nella moltiplicazione cellulare.

A oggi conosciamo molte delle mutazioni geniche ereditarie, che causano circa il 10% di tutti i tumori. E all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano abbiamo messo a punto un nuovo test genetico che identifica 115 mutazioni genetiche ereditarie, praticamente tutte quelle conosciute, con una tecnologia accurata, rapida ed economicamente sostenibile. Possiamo quindi mappare il rischio genetico ereditario, per affrontarlo con misure preventive, che non è semplice, ma è possibile; si può fare proponendo stili di vita adeguati ai rischi di ognuno e con test diagnostici specifici. Concretamente: pensiamo alle donne che ereditano una mutazione dei geni Brca, colpevoli di predisporre al tumore del seno e dell'ovaio. La donna che scopre la mutazione ha varie opzioni: un programma di controlli radiologici o la chirurgia preventiva. Inoltre sono in corso di sperimentazione clinica alcuni farmaci specifici preventivi. O pensiamo a un tumore come quello del colon-retto, che nel 5% dei casi è associato a mutazioni ereditarie di uno di quattro geni. Per batterlo si possono disegnare molti percorsi di prevenzione: colonscopie per individuare precocemente le eventuali lesioni, una dieta specifica, attività fisica, ma anche la possibilità di assumere aspirina in chiave preventiva. Tra i tumori associati al Dna c'è anche il melanoma, che, se pur più raramente, è associato a mutazioni ereditarie del gene Cdkn2a.

Ciascuno di noi deve quindi conoscere la mappa del proprio rischio ereditario di tumore? Non credo sia necessario. Noi abbiamo cominciato a definire la mappa del Dna dei nostri pazienti, e da lì risalire ai familiari, ove ce ne sarà bisogno e se ci sarà bisogno. Ma in futuro potremo sapere molto di più sul rischio individuale di sviluppare un tumore: identificheremo tutte le mutazioni genetiche ereditarie, e impareremo a misurare gli effetti negativi dell'ambiente sulle nostre cellule (epigenomica). È un domani molto vicino, che ci porrà per la prima volta nella nostra storia il problema di come gestire una mappa completa del rischio di ammalare, sia a livello individuale che sociale. Potremo quindi "curare" il rischio di ammalarci di tumore? È una sfida inedita, che ha già acceso un dibattito affascinante. Due lavori pubblicati su *Science* negli ultimi anni da uno dei maggiori scienziati contemporanei, Bert Vogelstein, hanno dimostrato che il 60 o 70% dei tumori deriva da errori che avvengono durante la replicazione del Dna, e come tali sarebbero imprevedibili e inevitabili. Se ci aggiungiamo che il 10% è associato a mutazioni ereditarie, la inevitabile conclusione è che il 70 o 80% dei tumori è predestinato.

Dunque poco o niente possiamo fare per cambiare il nostro destino di malati di tumore: se è scritto nei geni, succederà. Questa conclusione è temibile sul piano culturale e sociale, perché ci svuota della responsabilità della nostra salute. Ma siamo autorizzati a trarre questa conclusione sul piano scientifico? Davvero abbiamo prove scientifiche che ci dimostrano che la maggior parte dei tumori è inevitabile? No, anzi possiamo affermare il contrario. Ricerche di laboratorio hanno dimostrato che se cresciamo degli animali in condizioni molto protette, in assenza degli effetti negativi dall'ambiente, quegli animali continueranno a sviluppare tumori, se pure con frequenza inferiore. Tumori che sono dovuti prevalentemente a cause non-ambientali, quindi. Ma sappiamo anche, e sono dati ottenuti in centinaia di laboratori nel mondo, che quei tumori possono essere ulteriormente ridotti, e in maniera significativa, per esempio riducendo l'apporto di energia (restrizione calorica, digiuno, cibi particolari), o riducendo l'attività di alcuni geni (ne conosciamo una

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

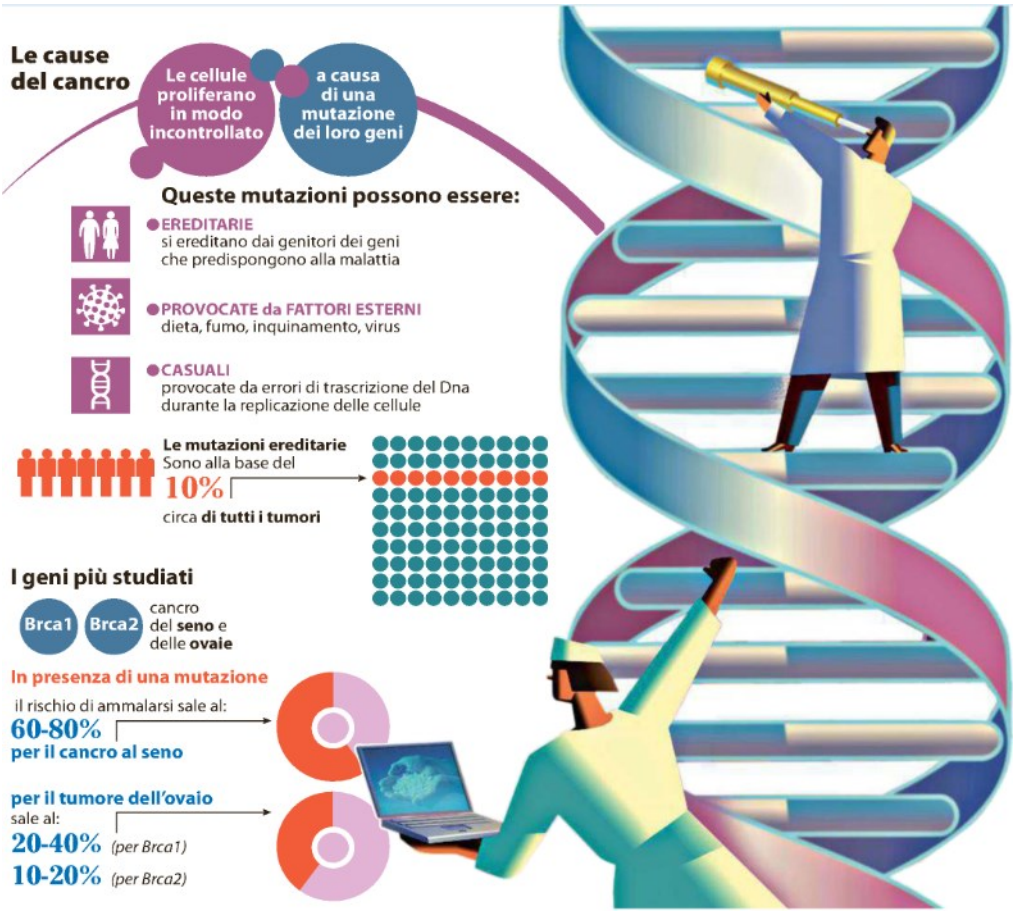
20-APR-2017
da pag. 17
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

decina), o ancora in alcuni casi somministrando specifici farmaci. Come si conciliano questi dati con l'ipotesi di Vogelstein? Ogni cellula del nostro organismo accumula mutazioni geniche nel corso della sua vita. Quando il numero di mutazioni supera una certa soglia (5-20, dipende dal tipo di tumore), allora si origina un tumore. Ma l'obbiettivo non è quello di portare a zero il numero di mutazioni. Ha ragione Vogelstein, ciò sarebbe impossibile. È sufficiente non superare quella soglia entro la durata della nostra vita, riducendo quindi la probabilità che le cellule si trasformino in tumore.

Alcuni dei fattori ambientali che favoriscono il cancro sono ben noti: sostanze cancerogene, come l'amianto, stili di vita (come fumo, alcool, sovrappeso, alcuni alimenti). Non dobbiamo abbassare la guardia su quanto già sappiamo. Comportamenti appropriati possono ridurre l'incidenza di tumore nella popolazione del 20-30%: un risultato enorme, che possiamo raggiungere senza costrizioni o autopunizioni. La scelta di stili di vita salubri è una scelta di vita bella.

Ora stiamo entrando in un futuro che andrà oltre per arrivare, come dicevano, a una mappa del rischio individuale che dirà a ognuno di noi cosa può fare in più per poter scegliere il proprio percorso di salute ed evitare di ammalarsi di tumore. Dobbiamo essere convinti che la salute è nelle nostre mani e che dipenderà dal mondo che vogliamo costruire.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



L'AUTORE
Pier Giuseppe Pelicci è direttore della ricerca dell'Istituto Europeo di Oncologia, professore all'Università di Milano, e coordinatore di Alleanza contro il cancro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

19-04-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Caccia ai geni del cancro, all'Ieo di Milano super-test scova 115 mutazioni

L'Irccs di Veronesi realizza il sogno di Obama, un 'Oncochip' mapperà il rischio ereditario

Macchinario per il sequenziamento del Dna

Nasce all'**Istituto europeo di oncologia di Milano**, sviluppato completamente 'in house', un **super-test** che analizza per la prima volta **in un unico chip tutte le 115 mutazioni genetiche finora note** associate alla probabilità di ammalarsi di cancro. Un esame "rapido, preciso ed economicamente sostenibile", figlio della tecnologia di frontiera Ngs (Next Generation Sequencing) e in grado di mappare il rischio genetico ereditario di tumore, spiegano oggi i vertici dell'Irccs fondato da **Umberto Veronesi**.

La nuova analisi, rimborsata ai pazienti con familiarità per tumore accertata da un genetista, dall'8 maggio - World Ovarian Cancer Day - **sarà offerta gratuitamente per un anno a tutte le donne operate in Istituto per tumore all'ovaio**.
E **l'obiettivo finale** è quello di "creare per ognuno un '**Passaporto genetico**': un microchip, anzi un **Oncochip** - lo chiama il direttore Ricerca Ieo, **Piergiuseppe Pelicci** - che contiene tutti i suoi dati molecolari di competenza oncologica". Un documento d'identità informatico, chiave per impostare strategie personalizzate di prevenzione, diagnosi e cura.

Si realizza così nell'Irccs di via Ripamonti **il sogno americano della 'Precision Medicine Initiative'** lanciata dall'ex presidente Usa **Barack Obama**. "La nostra

attività di Genomica clinica ci pone in linea con il movimento mondiale della medicina di precisione", afferma il direttore scientifico dell'Ieo, **Roberto Orecchia**. Nel febbraio 2015, dopo aver raccolto il testimone passatogli da Veronesi, presentando alla stampa i progetti al 2020 l'esperto aveva espressamente fatto riferimento al programma di sequenziamento del genoma di 1 milione di cittadini statunitensi varato da Obama. "Questa - dice ora - è la realizzazione concreta di quanto annunciato quel giorno". **Un pezzo di 'Obamacare' a Milano**.

Dall'Ieo parlano di **"un test rivoluzionario"**, frutto di una piattaforma genetica implementata progressivamente. Nella costruzione del **chip 'jolly'** che dà la caccia alle mutazioni a rischio cancro "siamo partiti dalla possibilità di analizzare 30 geni - ricorda Orecchia - poi siamo passati a 96, fino ad arrivare a 115. Nell'ultima parte del 2016 abbiamo validato l'analisi con test commerciali, ne è emersa l'assoluta affidabilità e ora la stiamo applicando sui pazienti". **Da agosto l'esame '115 in 1' è stato usato su circa 400 persone**. **"L'equivalente di qualcosa come 46 mila test genetici singoli"**, calcola Pelicci. Una massa di dati enorme che richiede un mega-database ad hoc.

A quanti pazienti si rivolge il super-test? "Grazie al supporto finanziario della Fondazione Ieo lo offriremo gratis alle donne operate per tumore ovarico, considerando che alcune forme hanno una familiarità fino al 25%. In un anno le pazienti saranno circa 200", precisa Orecchia. "E poi continuiamo a usarlo nei pazienti con familiarità per cancro: solo per il seno sono circa 600 l'anno, 800-900 per gli altri tumori", stima Pelicci. "In questi casi l'esame è ovviamente rimborsato dal Servizio sanitario", ma quanto costa in sé? "Al momento, considerando anche le spese relative al personale, viaggiamo intorno a un migliaio di euro a test. Una cifra destinata a crollare rapidamente", assicura lo scienziato.

Tre i vantaggi della nuova analisi: "Il primo - elenca Pelicci - è che possiamo identificare meglio il rischio individuale e attivare **percorsi di protezione personalizzati**. Il secondo è che identifichiamo un maggior numero di potenziali tumori ereditari e quindi **possiamo estendere la protezione a più persone, in particolare ai gruppi familiari**. E il terzo è che, conoscendo più mutazioni geniche, **possiamo cercare più farmaci molecolari preventivi** che le contrastino. In un domani molto vicino - è convinto il ricercatore - oltre al rischio ereditario potremo avere maggiori informazioni sul rischio individuale, scoprendo dal Dna se le cellule hanno subito influenze negative dall'ambiente". In altre parole, "a breve avremo per ognuno di noi la mappa completa del rischio di ammalarsi di cancro". Un Oncochip, appunto, da sfruttare innanzitutto per pianificare una prevenzione su misura.

"I test di nuova generazione che utilizzano i 'multigene panel', in grado di analizzare più geni contemporaneamente, sono **una risorsa incredibile per la prevenzione** - conferma **Bernardo Bonanni**, direttore Prevenzione e Genetica oncologica Ieo - E' ancora oggi molto importante accedere a un test genetico mirato

dopo la valutazione della storia personale e familiare, ma il risultato di questa selezione specifica in una certa percentuale di casi risulta negativo, perché i geni coinvolti possono essere diversi da quelli analizzati". E' in questo senso che il super-test "apre le porte a una più completa 'medicina dell'alto rischio', sempre più personalizzata", fatta di "programmi clinici che vanno da controlli di imaging mirati a raccomandazioni alimentari, dalle terapie farmacologiche alla chirurgia profilattica".

"In alcuni casi - puntualizza **Massimo Barberis**, direttore Diagnostica istopatologica e molecolare - le alterazioni molecolari presenti nel tumore, comprese le mutazioni ereditarie, non necessariamente sono presenti anche nelle cellule non tumorali. Per questo in Ieo integriamo i dati della genetica con quelli della patologia molecolare. L'obiettivo è che nessun paziente resti indietro. Così **raccogliamo frutti insperati** perché in molti casi, studiando le cellule malate, troviamo alterazioni geniche bersaglio di nuovi farmaci biologici in grado di portare un beneficio concreto. Un caso tipico è quello del tumore ovarico".

Nella lotta a questo killer, osserva **Nicoletta Colombo**, direttore del Programma ginecologia, "conoscere se il genoma della paziente presenta mutazioni ereditarie, in particolare dei **geni Brca 1 e 2**", i cosiddetti **'geni Jolie'**, "è fondamentale non solo per la prevenzione, ma anche per la cura. Le pazienti con mutazione Brca hanno infatti un'alta probabilità di rispondere alla terapia con farmaci Parp inibitori, oltre a essere 'good responders' alla chemioterapia tradizionale. Trovare la mutazione significa dunque trovare la cura mirata. Dall'altro lato, sapendo che la mutazione Brca è ereditaria, siamo autorizzati a proporre il test anche agli altri membri della famiglia". L'**offerta del test genetico completo** alle pazienti Ieo con cancro dell'ovaio è "**la prima iniziativa di ricerca clinica del neonato Women's Cancer Center**, struttura multidisciplinare per la presa in carico globale della donna. **Un'iniziativa unica in Italia**".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2015: 18.791
Lettori Ed. I 2016: 77.000
Quotidiano - Ed. Milano

IL GIORNO MILANO

Dir. Resp.: Sandro Neri

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

ALLO IEO

Arriva il test genetico per mappare il rischio di ammalarsi di tumore

■ Servizio a pagina 9

Tumori: ecco il supertest per mappare i rischi

GENETICA
UN ONCOCHIP POTRÀ ANALIZZARE 115 DIVERSI TIPI DI MUTAZIONI CHE POSSONO CAUSARE IL CANCRO

GRATUITO
L'ANALISI SARÀ FATTA ALLE PAZIENTI OPERATE ALLE OVAIE ALLO IEO

I VANTAGGI
Si potrà creare un passaporto per ogni paziente che contiene tutti i suoi dati molecolari

PROTEZIONE
Conoscendo le mutazioni ci saranno più informazioni sulle conseguenze

– MILANO –

UN TEST GENETICO rivoluzionario in grado di mappare il rischio genetico ereditario di avere un tumore analizzando in un unico chip le 115 mutazioni genetiche conosciute. È il progetto sviluppato all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo), che utilizza le tecnologie più all'avanguardia. Lo ha annunciato ieri Roberto Orecchia, direttore scientifico dell'Istituto fondato da Umberto Veronesi, precisando che questo «supertest» sarà offerto gratis, almeno per il primo anno, a tutte le pazienti che saranno operate di tumore ovarico in Istituto. Ma le mutazioni che il test può portare alla luce riguardano, oltre a quello dell'ovaio, molti altri tipi di tumore: quelli di seno, pancreas, colon, tiroide, prostata, endometrio e i melanomi. «L'obiettivo - spiega il responsabile della ricerca allo Ieo, Piergiuseppe Pelicci- è di creare un passaporto genetico per ogni paziente: un microchip o onco-chip, che contenga tutti i suoi dati molecolari in relazione ai tumori; un documento informatico in base al quale impostare la prevenzione (anche per i parenti in caso di familiarità), la diagnosi e le terapie mirate».

I VANTAGGI EVIDENTI, per Pelicci, sono tre: «Si potrà identificare meglio il rischio individuale e attivare percorsi di protezione personalizzati; poi sarà possibile enucleare un maggior numero di potenziali tumori ereditari e quindi estendere la protezione a più persone, in particolare ai gruppi familiari; infine, conoscendo più mutazioni genetiche, sarà possibile creare più farmaci molecolari preventivi che le contrastino, andando a limitare, nel tempo, la diffusione dei tumori. In un domani molto vicino potremo avere maggiori informazioni sul rischio individuale, scoprendo se le nostre cellule hanno subito influenze negative dall'ambiente». A questo supertest «rapido, preciso, economicamente sostenibile» i ricercatori dell'Ieo stanno lavorando da tempo. In pochi mesi lo hanno messo a punto con oltre 400 pazienti, non solo quelle affette da tumore dell'ovaio ma anche con quelle a rischio di un tumore per familiarità, a cui il test viene comunque rimborsato dal servizio sanitario nazionale.

E PELICCI FA un rapido calcolo: «400 test, ognuno per 115 mutazioni, fa qualcosa come oltre 40 mila test se fossero stati fatti uno

IL GIORNO
Milano
Rottura con Vitali ed esposto Al Portello è tutto da rifare
LEGGERE È DI MODA
AN.BO LAB S.r.l.

LA SANITÀ
Tumori: ecco il supertest per mappare i rischi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2015: 18.791
Lettori Ed. I 2016: 77.000
Quotidiano - Ed. Milano

IL GIORNO MILANO

Dir. Resp.: Sandro Neri

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

per volta.
Se poi pensate che ogni gene mutato può avere 6-7 varianti, si tratta di una enorme massa di informazioni multiorgano su vari tipi di rischio, sia sulla stessa persona sottoposta al test che sui membri della sua famiglia. Tutti dati che saranno via via inseriti in un data-base, per studiare la complessità e cercare nuovi strumenti prescrittivi di azioni di prevenzione». **Re.Mi.**

FOCUS

La classificazione

Conoscendo tutte le mutazioni genetiche sarà possibile creare più farmaci molecolari preventivi che le contrastino

I tempi

In pochi mesi i ricercatori hanno messo a punto i test applicandoli a oltre 400 pazienti non solo a quelle malate di tumore all'ovaio

I dati

Tutti i risultati della mappatura verranno inseriti in un database per creare strumenti di prevenzione

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

20-APR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

e vita

Ricerca

Dal sangue uno spiraglio anti-cancro

Si intitola «Uccidere il cancro» il libro della scienziata italiana Patrizia Paterlini Berchot. E già da queste parole si comprende come le intenzioni della sua ricerca siano state fin da subito quelle di puntare in alto, alla soluzione definitiva. Che per ora è una possibilità. Ma alla quale non possono ancora accedere tutti: «Vorrei che il mio test potesse essere gratis» ripete Paterlini. Perché oggi Iset («Isolamento sulla base della taglia delle cellule tumorali») costa 486 euro e non è rimborsabile. Si tratta di un semplice prelievo del sangue con il quale si individuano le cellule malate, ma che va ripetuto ogni sei mesi. E va esteso a varie tipologie tumorali. Paterlini, originaria di Reggio Emilia, emigrata in Francia per i suoi studi di biologia molecolare, ha portato avanti oltralpe queste ricerche. Il volume ripercorre la parabola scientifica che va di pari passo con quella esistenziale: è la ricerca mescolata agli incontri che fa di Patrizia Paterlini la studiosa che è oggi. «Un giorno – afferma nell'introduzione – ho deciso che avrei dedicato la mia vita a mettere fuori gioco un serial killer. Proprio perché l'ho visto agire discreto, metodico e implacabile, ho capito che non esiste altra soluzione se non quella di ucciderlo». Giocare d'anticipo, prevedere le mosse della malattia: questa la chiave degli studi di Paterlini. Che hanno trovato spinta e motivazione anche nel dialogo e nel confronto con i pazienti. Quello che la scienziata chiama «il paziente zero» è uno dei primi incontri che fa in corsia, ancora in Italia: un ragazzo distrutto dal cancro al pancreas con ereditarietà familiare. È grazie a lui che la prospettiva medica di questa giovane donna cambia: «Il ruolo del medico – spiega – è il medesimo: accogliere ciascun paziente com'è. Assisterlo umanamente e con la migliore conoscenza medica, e cercare di ridurne la sofferenza». Il suo libro è una lettura che apre a prospettive di speranza ma senza mai illudere, che dice le cose come stanno, ma che fa capire, allo stesso tempo, che è possibile crederci, raccontando come la ricerca non è una fredda attività di laboratorio ma è fatta da uomini e donne che possono decidere di spendere la propria vita migliorando le condizioni dell'umanità proprio incontrandola, prima di tutto.

Francesca Lozito

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figli dell'eterologa, il desiderio senza limite

Sclerosi multipla, il vero diritto è vivere

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

20-APR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

LA RICERCA. COSA TOGLIERE DALLA DIETA

Facciamo morire di fame il cancro

ELENA DUSI

ROMA. L'idea è quella di prendere il cancro per fame. Eliminando dalla dieta due aminoacidi - i mattoni che compongono le proteine - un esperimento ha dimostrato che il tumore rallenta la sua crescita. Il test - descritto oggi su *Nature* e coordinato da Cancer Research Uk - ha però il limite di essere stato condotto sui topi di laboratorio, oltre a quello di aver dato risultati su alcuni tipi di tumore (linfoma e intestino), ma non su altri (pancreas). La causa, probabilmente, è che non tutti i tipi di cancro hanno lo stesso metabolismo.

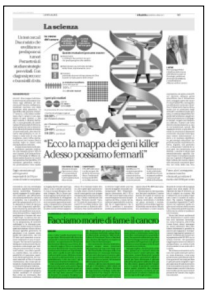
I due aminoacidi sono serina e glicina. Ne sono ricchi carne, uova, pesce, legumi e tanti altri cibi: praticamente quasi tutti fra quelli con proteine. «Per toglierli dalla dieta dei topi basta mettersi d'accordo col fornitore di mangimi. Ritagliare una dieta ad hoc per un uomo è quasi impossibile. Bisognerebbe per assurdo ricorrere alla nutrizione artificiale» spiega Maurizio Muscaritoli, presidente della Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo, docente alla Sapienza ed esperto di dieta in fase di chemioterapia.

I due aminoacidi, eliminati dalla dieta, possono sempre essere sintetizzati dall'organismo dei topi come degli uomini. Ma il loro livello nel sangue delle cavie di laboratorio si è comunque dimezzato, nel test con la dieta priva di serina e glicina. E la sopravvivenza degli animali è aumentata di circa un quarto, dal momento dell'insorgenza del tumore.

«Serina e glicina sono elementi essenziali per il metabolismo delle cellule del cancro» spiega Gerry Melino, direttore del dipartimento di biologia molecolare all'università di Tor Vergata, che ha studiato in laboratorio proprio questi meccanismi della crescita dei tumori. «Partendo dai due aminoacidi - spiega - il tumore riesce infatti a sintetizzare nuovo Dna e nuovo Rna, essenziali per la sua proliferazione. Per questo le cellule del cancro hanno estremo bisogno di serina e glicina. Le dosi prodotte dall'organismo non gli sono sufficienti, hanno bisogno anche di quelle introdotte con la dieta».

Il gruppo inglese, che ha lavorato a Glasgow, proverà ora a testare la dieta che "affama il cancro" anche sull'uomo. «Ma attenzione - avverte Muscaritoli - quando abbiamo provato a prendere le cellule tumorali per fame eliminando il glucosio dalla dieta dei pazienti abbiamo fatto più che altro danni, proprio perché l'organismo è in grado di produrre autonomamente questo nutriente. Ben vengano tutti i nuovi tentativi, ma finora non siamo mai riusciti a tradurre i risultati ottenuti sui topi anche sugli uomini».

©RIPRODUZIONE RISERVATA


La scienza
"Ecco la mappa dei geni killer Adesso possiamo fermarli"
Facciamo morire di fame il cancro

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

20-APR-2017
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

Intervista/2

Roccella: così è la via italiana all'eutanasia

«Scampato il rischio di una "legge Englaro", con le disposizioni dei pazienti non coscienti delegate ai familiari, di fatto si legittima l'eutanasia passiva, se non il testo verrà modificato».

LIVERANI A PAGINA 5

Roccella. «Se resta così, sarà la via italiana all'eutanasia»

«Il Pd è stato più ragionevole di quanto non siano stati i deputati di M5S: il vero squilibrio l'han prodotto loro»

LUCA LIVERANI
ROMA

Scampato il rischio di una "legge Englaro" – che avrebbe consentito ai familiari di dettare le presunte volontà del malato incosciente – la legge sulle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) resta «una via italiana all'eutanasia». «Se il Senato non introdurrà l'obiezione di coscienza – dice Eugenia Roccella – e se non verranno tolte dalle terapie l'idratazione e l'alimentazione e cancellata la vincolatività delle Dat, questa continua a essere una legge non votabile». L'ex sottosegretario alla Salute, oggi deputata di Idea, non ha dubbi.

Perché «una via italiana all'eutanasia?». Non è troppo severa?

Non lo dico io, l'ha dichiarato Maria Antonietta Coscioni: di Dj Fabo ha detto che non era necessario portarlo a morire in Svizzera, sarebbe bastata la sottrazione di idratazione e alimentazione, poi la sedazione palliativa profonda, cioè la via italiana all'eutanasia, l'ha detto e ripetuto. E il Parlamento sta sostanzialmente avallando tutto questo. La legge è stata rovesciata: da «dichiarazioni anticipate», che il medico non aveva l'obbligo di seguire, siamo arrivati a disposizioni assolutamente vincolanti. E il Pd è stato più ragionevole di quanto non siano stati i 5 Stelle: il vero squilibrio l'hanno prodotto loro.

Era del M5S "l'emendamento Englaro"? Cosa chiedevano?

Siamo riusciti a evitarlo, non arriverà in aula. I 5 Stelle chiedevano che «in assenza di Dat, ove la persona non sia in grado di autodeterminarsi e non abbia l'amministratore di sostegno, il medico è tenuto a consultare il coniuge, il convivente, i figli o in mancanza gli ascendenti o altri familiari per tenere conto della volontà del paziente eventualmente manifestata in precedenza». Il medico in sostanza avrebbe potuto decidere dopo una chiacchierata con un familiare. E la tanto decantata autodeterminazione? Come il padre di Eluana, che sosteneva che la figlia non avrebbe voluto vivere così. Sono tentativi continui, puntuali, ostinati, tenaci dei 5 Stelle - più ancora che di Sinistra italiana - per una legge di tipo eutanasico. La loro impostazione culturale non contempla il *favor vitae*: per loro diritto alla vita o diritto alla morte sono equivalenti.

Questo testo non prevede l'obiezione di coscienza per i medici.

Gli emendamenti per introdurla sono stati già bocciati. La soluzione proposta dal Pd è un "alleggerimento" della vincolatività. Com'è noto, il comma 7 dell'articolo 1 dice che il medico è tenuto a rispettare la volontà del paziente ed è esente da responsabilità civile e penale. Cioè non è perseguibile, di fatto si legittima l'eutanasia passiva. L'attenuazione introdotta sta nel passaggio in cui si dice che il paziente non può chiedere trattamenti contrari alla legge, o alla deontologia professionale, o alle buone pratiche clinico-assistenziali. È un bilanciamento all'obbligo, una via di uscita per il medico, che in questi tre casi può opporsi, ma non lo mette al riparo da ricorsi.

Nessuna eccezione per gli ospedali non statali??

Il testo stabilisce che ogni azienda sanitaria, pubblica o privata, deve garantire la piena e corretta attuazione della legge. È stato bocciato l'emendamento che dava alle strutture non statali, sostanzialmente quelle cattoliche, di essere esonerate da pratiche non corrispondenti a proprie carte dei valori. E questo sarà un problema per gli ospedali cattolici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Eugenia Roccella

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

BIOTESTAMENTO: IL VOTO ALLA CAMERA

Il paziente può rifiutare l'accanimento terapeutico (anche in ospedali cattolici)

Manuela Perrone ▸ pagina 12

LA GIORNATA

Biotestamento, il paziente potrà abbandonare le terapie Incluse le cliniche cattoliche

SUL DDL ASSE PD-M5S-MDP

Il dato di merito è che il paziente potrà rifiutare le cure di fine vita, ma il medico potrà opporsi utilizzando l'obiezione di coscienza. Il dato politico è rappresentato dalle alleanze a geometria variabile che sono andate in scena ieri alla Camera durante le votazioni sui primi due articoli della proposta di legge sul biotestamento.

Il primo articolo - che sancisce la facoltà del malato di abbandonare i trattamenti e regola il consenso informato di fine vita - è passato grazie ai voti favorevoli di Pd, M5S e Mdp, per una volta uniti, e la contrarietà di Forza Italia e Alternativa popolare. La norma sull'obiezione di coscienza, approvata con 281 sì, 120 no e 10 astenuti, è stata invece il frutto dell'accordo tra dem e Ap, sostenuto anche da Udc, Des-Cd, Lega e Fi. M5S e Mdp hanno invece votato contro, convinti che lo strumento dell'obiezione - si riconosce al medico di non avere «obblighi professionali» se il paziente gli chiede di sospendere terapie fondamentali per la vita, come la nutrizione e l'idratazione, o addirittura l'interruzione dei macchinari che lo tengono in vita - possa creare un vulnus tale da mettere in crisi l'intero impianto del provvedimento. La legge 194/1978 sull'aborto insegna.

Le votazioni sul provvedimento - vicino al traguardo almeno a Montecitorio a dieci anni dalla morte di Piergiorgio Welby, più volte citato in assemblea - riprenderanno stamane e non si esclude che possano concludersi. I princìpi cardine sono comunque quelli varati ieri: il divieto di accanimento terapeutico (in caso di prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte «il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure»), la possibilità di ricorso alla sedazione palliativa profonda in caso di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari e l'obbligo di adeguarsi, senza possibilità di esoneri da parte delle Regioni, anche per le cliniche private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, in particolare quelle cattoliche. È stato infatti respinto a scrutinio segreto con 335 no e 82 sì l'emendamento a firma di Gian Luigi Gigli, deputato di Democrazia Solidale-Centro Democratico e presidente del Movimento per la vita, che puntava a salvaguardare la libertà delle strutture cattoliche.

Manuela Perrone

© 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

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

Fine vita, si può dire no alle cure

▸Oggi alla Camera il primo sì al biotestamento: al malato la facoltà di interrompere la terapia
Prevista l'obiezione di coscienza per i medici. Stop all'accanimento terapeutico. Asse Pd-grillini

ROMA Se il medico ha il diritto a non staccare la spina esercitando l'obiezione di coscienza, il malato può rifiutare l'idratazione e l'alimentazione artificiali. Dopo anni di rinvii e polemiche a non finire, la Camera si prepara oggi - salvo sorprese - a dare il primo sì al biotestamento. È la prima tappa di un percorso che regolamenta l'eventuale scelta del paziente al fine vita, sospendendo in modo consapevole le terapie. In Aula si è formata un'inedita alleanza Pd-M5s e Mdp, che ha già scatenato non poche critiche.

Arcovio, Marincola e Pirone
alle pag. 2 e 3

Il biotestamento

Sì all'interruzione di cure e nutrizione: lo scontro finale

▸Oggi l'ok della Camera con i voti di Pd, M5S e Mdp. Ap e FI contrari

▸L'obbligo esteso alle cliniche cattoliche spacca anche i dem

IL CASO

ROMA Dopo rinvii di anni, scontri e polemiche a non finire, la Camera si prepara oggi - salvo sorprese - a dare il primo sì al biotestamento. Il ddl passerà poi al Senato, dove però il rischio che torni a impantanarsi è alto. È la prima tappa di un percorso che regolamenta l'eventuale scelta del paziente al fine vita, sospendendo in modo consapevole le terapie. Definiti anche i punti più critici: il diritto del medico a non staccare la spina esercitando l'obiezione di coscienza, e la scelta del malato di rifiutare l'idratazione e l'alimentazione artificiali. Il primo articolo del disegno di legge, l'architrave del provvedimento, è passato ieri a larga maggioranza, con 326 voti favorevoli, 21 contrari e 2 astenuti, mentre il voto complessivo è slittato ad oggi. In Aula si è formata un'inedita alleanza Pd-M5s e Mdp, che ha già scatenato non poche polemiche.

VIDEOMESSAGGIO

Uno dei più punti contestati è l'obbligo esteso alle strutture cattoliche, una scelta che ha creato non poche divisioni e malumori anche all'interno del Pd. Se sul piano politico la novità più rilevante è il fronte inedito che si è creato con i grillini, che avevano già votato sul web e si erano detti favorevoli anche all'eutanasia, su quello etico si apre la strada alla scelta consapevole per definire il percorso di fine vita. La legge non prevede l' abbandono terapeutico del paziente: il medico si deve astenere dall'accanimento, ora definito «ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure nella fase finale della vita» e si prevede esplicitamente il ricorso alla sedazione palliativa profonda quando necessaria. Previsto il caso in cui il paziente, date particolari condizioni, possa esprimersi attraverso un video messaggio.

MAGGIORANZE ALTERNATE

In Aula il percorso non è stato del tutto agevole, 160 gli emendamenti presentati, decisivo quello di Mario Marazziti (Cd) che stabilisce il divieto di accanimento terapeutico: «Il medico non ha obblighi professionali». Un passaggio fortemente voluto dai deputati di Alternativa Popolare. Ha prevalso la logica del-

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

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

le maggioranze alternate: per la possibilità del paziente di rifiutare le cure si è battuto ad esempio l'asse Pd-M5S. Mentre per l'obiezione di coscienza è stato decisivo l'accordo Pd-Ap con il sostegno trasversale di Udc, FI, Des, Lega e il voto contrario di M5S e Mdp.

«Abbiamo votato a favore, perché salva un ultimo spiraglio di non automaticità nel rapporto fra medico e paziente- rivendica il presidente dei deputati di Ap Maurizio Lupi- riducendo chi ha il dovere della cura a mero esecutore delle disposizioni di chi si è affidato a lui».

All'esame dell'Assemblea è finito l'art. 2 che regolamenta il caso di pazienti minori o incapaci di intendere. L'emendamento presentato da Giovanni Monchiero, (Civici ed Innovatori) approvato dall'Aula stabilisce le norme in materia di disposizioni anticipate di trattamento (Dat): «La persona minore ed incapace ha diritto alla valorizzazione della propria capacità di comprensione e di decisione, deve ricevere informazione sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la propria volontà». Paola Binetti Udc, aveva proposto una diversa formulazione, le informazioni «fornite in accordo con i genitori», ma il suo emendamento è stato bocciato.

Soddisfatti i radicali, con l'Associazione Luca Coscioni parla di passo avanti. Ma accade nello stesso giorno in cui Mina Welby e Marco Cappato, rispettivamente presidente e tesoriere, vengono iscritti nel registro degli indagati dalla Procura di Massa per il reato di istigazione o aiuto al suicidio in relazione alla morte di Davide Trentini, morto per suicidio assistito in Svizzera. Fortemente critici i leghisti per i quali ieri si è consumato un «grande inciucio» Pd-M5S. Dopo il via libera della Camera l'iter proseguirà in Senato dove i numeri sono incerti e la maggioranza intorno al ddl è ancora tutta da costruire.

Claudio Marincola

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti principali

Ddl biotestamento da ieri alla Camera

CONSENSO DEL PAZIENTE

Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito senza, tranne casi previsti dalla legge

RIFIUTO TRATTAMENTO

Ogni **persona maggiorenne** può esprimerlo (**nutrizione** e **idratazione artificiali** incluse)

RESPONSABILITÀ CIVILI O PENALI

Il **medico** che rispetta la volontà del paziente di rifiutare il trattamento **ne è esente**

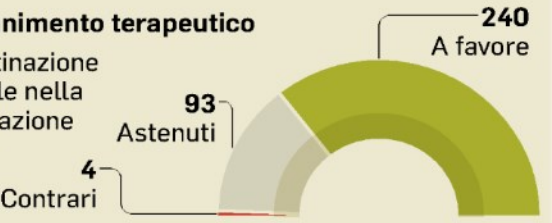
DISPOSIZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Il **paziente esprime consenso o rifiuto** sulle terapie previste (incluse nutrizione e idratazione artificiali) in previsione di una eventuale **futura incapacità di autodeterminarsi**. Indica inoltre una **persona di fiducia** che ne faccia le veci

GLI EMENDAMENTI VOTATI IERI

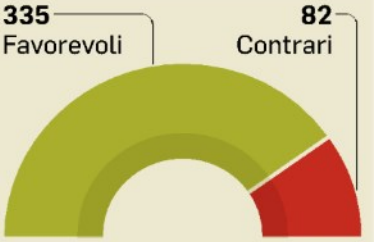
No ad accanimento terapeutico

"No alla ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure"



Cliniche private

"Non potranno chiedere di essere esonerate dall'applicazione delle norme sul biotestamento "



ANSA centimetri

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

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

Biotestamento, legge al via ma s'introduce l'obiezione

> Stop all'accanimento terapeutico. Polemica per la scelta affidata ai medici

ROMA. Il biotestamento fa il primo grande passo avanti: via libera ai primi articoli, le fondamenta della legge. Nessun trattamento sanitario potrà essere imposto ad un paziente, ma il medico potrà fare obiezione.

CASADIO, COLAPRICO E PASOLINI ALLE PAGINE 2 E 3

Fine vita, asse Pd-M5S rifiutare le cure è un diritto ma spunta l'obiezione

Intesa sugli emendamenti alla legge: forse già oggi sì della Camera Scontro nella maggioranza. I centristi: così votiamo contro

Gli alfaniani battuti anche sul tentativo di escludere dall'applicazione le cliniche cattoliche

GIOVANNA CASADIO

ROMA. Donata Lenzi, la relatrice dem della legge sul biotestamento, riceve un tweet di protesta a fine mattinata: «Ho capito, continuerò a mettere da parte i soldi per andare in Svizzera». C'è chi si aspettava di più sul fine vita dal Parlamento italiano. Mentre i cattolici integralisti tra cui gli alfaniani di Alleanza popolare, benché nella coalizione di governo con il Pd, ritengono di non potere proprio votare a favore, perché «così si apre la porta all'eutanasia». Lenzi, una lunga scuola politica nei cristiano-sociali, è una equilibrista. Punta soprattutto a non incrinare l'intesa raggiunta con i 5Stelle. È fondamentale — spiega — per avere l'ok definitivo non solo della Camera forse già oggi, ma anche del Senato, dove i numeri sono ballerini e la maggioranza risicata. Non è cosa da poco la frattura tra Pd e Ap: è l'asse politico che si rompe.

Lenzi è ottimista sull'affidabilità dei 5Stelle. Lo stesso Grillo del resto, nell'intervista sulle pagine di *Avvenire*, il quotidiano dei vescovi, ha sminato il terreno del biotestamento: «Per noi fondamentale è l'autodeterminazione, siamo post ideologici...». E Silvia Giordano, la grillina che sta seguendo passo passo la legge insieme con Matteo Mantero, confida: «Sono preoccupata se si procede con un gioco al ribasso, non ci sono piaciuti alcuni emendamenti come quello sull'obiezione di coscienza mascherata dei medici: sono vulnus. Però questa legge è frutto di un dibattito importante, non distruggeremo tutto in un minuto».

Il biotestamento fa ieri il primo grande passo avanti. Ok ai primi due articoli, che rappresentano le fondamenta della legge con il sì di Pd, 5Stelle, Mdp e Sinistra e la contrarietà di Forza Italia, Lega, Fratelli d'Italia e appunto Ap. Il primo articolo riguarda il consenso informato e il diritto di sospendere le cure anche nutrizione e idratazione: ha il via libera con 326 sì, 58 contrari e 6 astenuti. Il secondo parla del consenso informato per incapaci e minori: passa con 376 voti a favore, 22 no e 4 astensioni. Ma tre emendamenti in parte riscrivono la legge e mostrano la fragilità delle alleanze politiche quando si tratta di questioni etiche. Riguardano il criterio dei medici obiettori: il medico potrà rifiutarsi di staccare la spina. È l'unico momento in cui i cattolici di Ap toccano palla. «Però con l'asse Pd-5Stelle non ce n'è per nessuno», commenta Paola Binetti, di Ap. Sta lavorando con Forza Italia (che però darà libertà di voto) per mettere paletti e stop al biotestamento. Tuttavia ha condiviso l'emendamento di Mario Marazziti sul "non abbandono" del paziente che, anche se rifiuta le cure, va accompagnato con terapia del dolore e sedazione palliativa profonda. Marazziti è stato portavoce della Comunità di Sant'Egidio, è ora presidente della commissione Affari sociali della Camera. Su questi due emendamenti si sono astenuti i 5Stelle, Mdp.

I cattolici integralisti però non fanno proseliti. Cartina di tornasole ieri è l'emendamento che avrebbe

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

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

voluto escludere le strutture private dall'adesione alle norme sul biotestamento: uno scudo per le cliniche cattoliche. Pur nel voto segreto, i favorevoli si fermano a 82. Nel Pd, dove la fronda cattolica sulle unioni civili gay è stata forte al punto da fare accantonare la stepchild adoption (adozione del figlio del partner), i dissensi sono circoscritti a una quindicina di deputati. Teresa Piccione, ieri non in aula perché in missione, non condivide: «Molti i punti critici rilevanti». Beppe Fioroni, leader dei Popolari dem, annuncia: «Voterò contro. Piuttosto che fare morire di sete e di fame, è meno ipocrita l'eutanasia».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 2
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Fine vita Approvate le prime norme. Respinto l'emendamento che escludeva le cliniche private

Un diritto dire no alle cure

Biotestamento, accanimento vietato. Sì all'obiezione di coscienza per i medici

Il paziente avrà il diritto di dire no alle cure. Ma il medico, di fronte al divieto dell'accanimento terapeutico, potrà appellarsi all'obiezione di coscienza e rifiutarsi di staccare la spina. Approvati dalla Camera i primi emendamenti della legge sul testamento biologico. Respinto invece l'emendamento che escludeva le cliniche private. Oggi il voto al provvedimento con il sostegno di Pd, Si, Cinquestelle. Poi il passaggio finale in Senato.

alle pagine 2 e 3

Caccia, De Bac, Gasperetti

Vietato l'accanimento terapeutico Il diritto di abbandonare le cure

Approvati alla Camera i primi emendamenti della legge sul testamento biologico Oggi il voto finale, favorevoli Pd e 5 Stelle

Le novità
Riconosciuta maggiore autonomia al medico curante: «Non ha obblighi professionali»

ROMA Vola verso l'approvazione la legge sul biotestamento. Oggi dovrebbe arrivare il via libera della Camera col sostegno di Pd, Si e M5S e il no di Lega, Forza Italia e Ap. Poi il passaggio cruciale in Senato. Con il sì ogni cittadino potrà disporre le volontà di fine vita.

Votati i primi due articoli sul consenso informato, cioè sul diritto della persona a ricevere informazioni riguardanti il trattamento sanitario ed eventualmente di rifiutarlo. Tra le novità introdotte dagli emendamenti al testo base, la maggiore autonomia del medico nell'attuare le richieste del malato: «Non ha obblighi professionali» è la formula usata per sottrarlo al ruolo di semplice esecutore di volontà altrui inizialmente indicate come vincolanti.

Non si parla di obiezione di coscienza. È implicita, ma non paragonabile in nessun modo a quella prevista dalla legge sull'interruzione volontaria di gravidanza. Viene chiarito che il medico «è esente da responsabilità civile o penale» fermo restando che l'assistito non può esigere cure contrarie alla deontologia professionale. Una forma di «obiezione mascherata che può creare un vulnus sull'impianto del provvedimento», attaccano però i 5 Stelle della Commissione affari sociali.

Già nelle sedute precedenti, circa due settimane fa, era passata la linea di equiparare a trattamenti sanitari anche nutrizione e idratazione artificiali, il punto più dibattuto politicamente. Dunque il malato potrà scegliere di rifiutarle, come potrebbe rifiutare la tracheotomia o il respiratore.

Segna una svolta l'articolo 1-bis, formulato da Mario Marazziti (Pd), sulla dignità nella fase finale della vita. Viene esplicitamente espresso il divieto di accanimento terapeutico e di «ogni tipo di ostinazione irragionevole» nella cura in caso di malattia grave e inguaribile, con prognosi infausta a breve termine e in presenza di sofferenze refrattarie ai farmaci. Entra nella legge la sedazione palliativa profonda utilizzata per risparmiare al paziente dolori insopportabili e portarlo attraverso la somministrazione di farmaci verso uno stato di incoscienza. Significa che il medico sarà accanto al morente fino all'ultimo secondo anche di fronte al rifiuto di ricevere aiuto. Sì anche all'articolo 2 sul consenso informato di minori e incapaci, rappresentati da genitori e tutori.

«Vengono codificati l'umanizzazione del morire e l'accompagnamento nel fine vita — spiega Marazziti —. La convergenza trovata in Aula conferma che arriveremo a un testo equilibrato, frutto di un metodo costituente, l'unico possibile su un tema del genere». Respinto invece l'emendamento firmato da Gian Luigi Gigli (Des-Cd) e pensato per le cliniche religiose che prevedeva l'esonero per le strutture private dall'applicazione di regole in contrasto con la carta dei valori interna.

«Legge ipocrita, apre a eutanasia e suicidio assistito», accusa Mara Carfagna, Forza Italia. Il centrodestra denuncia a più voci questo doppio rischio. La parola eutanasia, pe-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 2
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

rò, non compare mai nel testo della legge, nata per mettere sullo stesso piano le due libertà in gioco, quella del medico e quella del paziente.

Per l'associazione cattolica «Scienza e Vita» è la porta d'entrata dell'abbandono terapeutico. «Un passo avanti, va bene», ribatte Filomena Gallo, associazione Luca Coscioni. Oggi si vota l'articolo più critico sulle Dat (disposizioni anticipate di trattamento) che garantirebbero a ogni cittadino di esprimere per iscritto le proprie volontà sul fine vita, da rispettare nel caso un domani non fossero in grado di esprimerle direttamente.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

- Ieri alla Camera è iniziata la votazione della legge sul testamento biologico. Tra gli emendamenti approvati, quello che vieta esplicitamente l'accanimento terapeutico
- La norma introduce la possibilità per il paziente di abbandonare il trattamento terapeutico: «Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale»
- Per la prima volta viene riconosciuta in modo esplicito anche la possibilità, in presenza di gravi sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua, in attesa della morte
- Per quanto riguarda gli aspetti deontologici legati alla scelta del paziente, la legge non parla espressamente di obiezione di coscienza, ma riconosce che il medico curante «è esente da responsabilità civile e penale»

La parola

BIOTESTAMENTO

È l'espressione della volontà, disciplinata da una legge e fornita in condizioni di lucidità mentale, da parte di una persona riguardo le terapie che intende, o non intende, accettare nell'eventualità in cui dovesse poi trovarsi nella condizione di incapacità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Biotestamento. Il paziente potrà abbandonare le terapie. Ma il medico potrà opporre rifiuto, anche se le volontà dell'assistito dovranno comunque essere rispettate dalla struttura. Approvati gli articoli 1 e 2. Si riprende domani

Queste le novità apportate con l'approvazione dell'articolo 1 emendato. In serata ok anche all'articolo 2 su minori e incapaci. Un primo emendamento ha sancito il diritto dei pazienti di abbandonare le terapie. Un secondo emendamento prevede il divieto dell'accanimento terapeutico aprendo alla sedazione palliativa profonda continua. Infine un altro emendamenrto stabilisce che a fronte del rifiuto di un trattamento sanitario da parte del paziente "il medico non ha obblighi professionali". "Obbligo che resta comunque in capo alla struttura", dice la relatrice Lenzi. Ma sul punto emergono dubbi dei 5 Stelle.

L'Assemblea della Camera ha approvato oggi i primi due articoli del ddl sul bioptestamento. Nel corso dei lavori sono state introdotte alcune modifiche al testo con l'approvazione di tre emendamenti all'articolo 1 introdotti oggi stesso in sede di Comitato dei nove. Innanzitutto, **il paziente avrà il diritto di abbandonare le terapie**.

Lo stabilisce l'**emendamento 1.550 della commissione Affari Sociali** che ha soppresso il comma 6 dell'articolo 1. Il comma eliminato prescriveva che "*il rifiuto del trattamento sanitario indicato dal medico o la rinuncia al medesimo non possono comportare l'abbandono terapeutico. Sono quindi sempre assicurati il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative*".

Verrà poi garantita la terapia del dolore. Questo grazie all'approvazione dell'**articolo aggiuntivo 1.01 a prima firma Mario Marazziti (Des-Cd)** grazie al quale, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico, viene garantito l'accompagnamento terapeutico nel fine vita, aprendo anche alla possibilità di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua.

"Il mio emendamento – precisa Marazziti – non configura l'abbandono terapeutico nella fase terminale della vita, ma, al contrario, garantisce la terapia del dolore in modo esplicito, anche in caso di rifiuto o revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico". E in caso di prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte il medico si deve astenere dall'accanimento terapeutico. E' infatti scritto che in tali casi "il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati".

"Viene codificata l'umanizzazione nel morire", sottolinea il Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera.

Riportiamo di seguito il testo dell'articolo 1-bis (Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita): "*Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38. Nel caso di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal*

ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico".

Si stabilisce poi che il medico potrà rifiutarsi di "staccare la spina". È quanto prevede l'**emendamento1.552 sempre della commissione Affari sociali**, che modifica il comma 7 dell'articolo 1 della proposta di legge. Di fatto, con l'approvazione dell'emendamento, si riconosce al medico di non avere obblighi professionali qualora il paziente, ad esempio, gli chieda di sospendere terapie fondamentali per la vita, come la nutrizione e l'idratazione, o addirittura l'interruzione dei macchinari che lo tengono in vita.

Un apertura dunque, seppur non esplicitata, all'obiezione di coscienza. "Con questa norma, io non ho nessuna difficoltà a dirlo, se il medico ritiene che vada contro alla sua scienza e coscienza come da codice deontologico, può dire 'mi astengo' e, come dice il codice deontologico, deve farsi carico della cura fino al momento che non arriva il suo sostituto. E quindi abbiamo lasciato e riconosciuto che non possiamo puntare un fucile alla tempia del medico e dire 'stacca questa persona dalla macchina'. Su questo c'è una divergenza con una parte di noi, nella discussione ci sono state varie posizioni. Questa è la posizione che vi proponiamo oggi", ha spiegato sul punto la relatrice di maggioranza **Donata Lenzi (Pd)**.

"Aggiungo che non è neanche vero che la struttura non sia obbligata, invece, a dare attuazione a quella volontà, perché nel comma 10 dello stesso articolo si dice chiaramente che le strutture devono dare piena attuazione alla legge e, dovendo dare piena attuazione alla legge, sono chiamate a trovare una risposta attiva all'interno del reparto o del settore", ha precisato.

Soddisfatto per la modifica apportata il relatore di minoranza Raffaele Calabrò (Ap): "Abbiamo piantato un picchetto a sostegno dell'autonomia del medico. Con Il via libera dell'Aula all'emendamento fortemente voluto da Alternativa popolare che non obbliga il medico ad attenersi a trattamenti di ogni genere ne abbiamo salvaguardato la professionalità. Siamo ancora lontani da quel giusto equilibrio tra libertà del paziente e autonomia del personale sanitario che avremmo voluto costituisse l'architrave della legge sul testamento biologico, ma abbiamo evitato lo svilimento totale della professione medica".

Preoccupato, invece, il Movimento 5 Stelle che, sul punto, teme possa crearsi un vulnus: "Rispetto all'introduzione di una sorta di obiezione di coscienza "mascherata" per il medico, il timore è che quanto avvenuto crei un vulnus che metta in crisi l'intero impianto del provvedimento. Riteniamo fondamentale il rispetto dell'etica del medico, ma resta fermo che la volontà del paziente deve essere comunque garantita. Per questo diventa necessario inserire nel testo anche l'obbligo per la struttura sanitaria di rispettare comunque la libertà di scelta del paziente, anche nel caso in cui medico si avvalga della possibilità di non rispettarla. Chi sostiene il provvedimento su questo punto deve fare chiarezza".

Quanto al mancato eplicito richiamo all'obiezione di coscienza, Lenzi ha spiegato: "Quello che noi non abbiamo voluto è una scelta esplicita, che preveda un meccanismo quale quello della legge n. 194, con gente che, prima ancora di trovarsi di fronte al caso concreto, dice cosa farà o non farà, elenchi di persone disponibili o non disponibili, perché quel sistema ha rivelato di avere dei grandi limiti e non è per noi riproducibile, e perché in questo campo, a differenza di tutti gli altri, ogni scelta del medico e del paziente è un caso a sé, una storia a sé, una coscienza che va affrontata in modo puntuale e preciso".

Infine, si è specificato che **nessun distinguo o trattamento particolare verrà riconosciuto alle strutture sanitarie private convenzionate**. Lo ha stabilito l'Aula bocciando un emendamento centrista che mirava a consentire alle "istituzioni sanitarie private" di poter essere "esonerate da applicazioni non rispondenti alla carta dei valori su cui fondano i propri servizi".

In serata approvato, con emendamenti, anche l'articolo 2 del ddl riguardante il consenso informato per i minori e le perosne incapaci.

La seduta riprenderà domani, giovedì 20 aprile, alle ore 9.30 e si inizierà riprendendo le votazioni sull'articolo 3 interrotte in serata. Per concliudere l'esame mancano circa 80 votazioni su altrettanti emendamenti.

Giovanni Rodriquez

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Biotestamento. Lenzi (Pd) risponde ad Aris: “Stupore e dispiacere per dichiarazioni su DAT. Non si è compresa la legge”

Così la relatrice di maggioranza del provvedimento ha commentato a Quotidiano Sanità le dichiarazioni rilasciate ieri dall'Associazione che riunisce le istituzioni sanitarie cattoliche, nelle quali si invocava l'obiezione di coscienza nei casi di DAT contrarie al loro orientamento etico. "Mi dichiaro a tal proposito fin da ora disponibile ad un incontro, perché ritengo che non si sia compreso pienamente il senso della legge".

"Stupore e dispiacere che ci si spinga fino a rifiutare l'assistenza ai malati che abbiano fatto le DAT. Mi sembra una scelta assai poco solidale. Mi dichiaro a tal proposito fin da ora disponibile ad un incontro, perché ritengo che non si sia compreso pienamente il senso della legge sul testamento biologico attualmente in discussione in Aula alla Camera".

Con queste parole la relatrice di maggioranza del provvedimento, **Donata Lenzi (Pd)**, ha commentato a *Quotidiano Sanità* le dichiarazioni rilasciate ieri dall'Associazione che riunisce le istituzioni sanitarie cattoliche a proposito della legge sul testamento biologico.

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

20-APR-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Il neurologo dell'Istituto dei tumori

«Morfina e palliativi riducono il dolore non causano il decesso»

«Ai pazienti oncologici proponiamo la nutrizione artificiale solo se permette nel frattempo di curare una malattia, non se prolunga una situazione da cui non si può guarire». Augusto Caraceni dirige il reparto dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano che segue i malati terminali e ogni giorno si trova a dover decidere limiti e opportunità dei trattamenti. «Per noi è fondamentale accompagnare i pazienti nel modo più rispettoso per la soggettività di ognuno. Privilegiamo i trattamenti che migliorano la qualità della vita e controllano la sofferenza, ma non anticipiamo mai la fine», precisa. «C'è spesso il grande equivoco che la morfina e altre forme di sedativi abbrevino la vita dei malati: non è così, come hanno dimostrato gli studi in materia. Ed è questa la differenza tra le cure palliative e il suicidio assistito o l'eutanasia: in questi due ultimi casi il paziente decide quando morire. Con la sedazione evita di soffrire, ma è la patologia a provocarne la morte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Proponiamo la nutrizione artificiale solo se la malattia è curabile

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Rai. Maggioni: «Mai pensato per un secondo di chiudere la trasmissione»

Caso Report, alta tensione

SCINTILLE IN VIGILANZA

Per ora resta il tetto ai compensi artistici. Pd critico verso i vertici Rai anche per la mancata presentazione di un Piano delle News

Marco Mele

Resta alta la tensione tra partiti e vertici Rai, nonostante l'assicurazione del presidente di Viale Mazzini sul fatto che «nessuno ha mai pensato per un secondo di chiudere Report». Né vi è stata, ieri in commissione di Vigilanza, una chiusura unanime e irrevocabile dei partiti sull'estensione del tetto ai compensi artistici. Anche se il presidente della Vigilanza, Roberto Fico, precisa: «Il tetto adesso rimane così com'è, anche agli artisti, e andiamo avanti in questa direzione». «Adesso» però sembra non precludere al cambiamento. Restano, inoltre, le tensioni all'interno del vertice tra consiglieri di amministrazione e direttore generale, sottolineate, tra gli altri, dalla "memoria" inviata dal consigliere Paolo Messa alla commissione di Vigilanza, sulla vicenda delle assunzioni segnalate dall'Autorità Anticorruzione (Anac). L'audizione di ieri del cda Rai davanti alla Vigilanza, assente il direttore generale Antonio Campo Dall'Orto, non ha aperto nuovi fronti di conflittualità ma non ha ricomposto i dissidi interni ed esterni al servizio pubblico.

Non sono mancate, ad esempio, le critiche al vertice Rai da parte dei componenti della Vigilanza, e del Pd in particolare, sulla mancata presentazione alla commissione stessa di un Piano delle news. Precisa Franco Siddi: «Non è mai stato portato in cda un piano di riforma da votare. Se la Vigilanza considera piano una bozza ritirata ne prendo atto. Le linee guida del direttore generale necessitano di sviluppo in direzione della rimodulazione delle testate e coordinamento editoriale».

Sul tetto agli stipendi, Monica Maggioni, presidente dell'azienda pubblica, precisa come sia cominciata «un'interlocuzione con il Ministero dello Sviluppo e l'Avvocatura generale dello Stato: non abbiamo ancora una risposta precisa» circa l'estensione o meno del tetto dei 240mila euro ai contratti artistici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO REPORT

La puntata sul vaccino

■ Il programma Rai Report è finito nella bufera per la puntata sul vaccino contro il papilloma virus. Sono arrivate richieste dei membri del cda di verifiche sulle responsabilità degli autori e sui risultati della trasmissione

Le rassicurazioni

■ La presidente Rai Maggioni ha rassicurato sulla prosecuzione del programma. «Se sospendono Report gli italiani sospendano il pagamento del canone». ha scritto Roberto Fico sul blog di Grillo

Vigilanza Rai. La presidente Rai Monica Maggioni in audizione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

I 5 Stelle: se Report chiude basta canone Ma la Rai va avanti con il programma

Restano accesi i toni sulla puntata di *Report* sul vaccino contro il Papilloma virus. Il Movimento 5 Stelle fa quadrato in difesa del programma. «Se lo sospendono, gli italiani sospendano il pagamento del canone» ha dichiarato il presidente della Vigilanza Rai, Roberto Fico. «Nessuno ha mai pensato di chiuderlo» garantisce il presidente della Rai, Monica Maggioni.

alle pagine 4 e 5

Scontro su Report, Renzi attacca Fico: se chiude basta pagare il canone

Maggioni: nessuno pensa di sospenderlo. L'ex premier: sì alla scienza, no agli stregoni

La polemica
Anzaldi posta un video di Grillo del 2013: era lui l'unico che voleva eliminare il programma

ROMA Non si placa la polemica sulla puntata di *Report* dedicata al vaccino contro il Papilloma virus. Anzi, ieri il Movimento 5 Stelle, che dal primo momento ha difeso la trasmissione di Rai 3, ha alzato il tiro: «Se sospendono il programma, gli italiani sospendano il pagamento del canone», ha scritto infatti il presidente della Vigilanza Rai Roberto Fico sul blog di Beppe Grillo. Aggiungendo: «Siamo pronti ad andare sotto viale Mazzini con un vero presidio, se la Rai chiude *Report*. Sarebbe un atto eversivo inaccettabile».

Al suo fianco si schiera subito il deputato Alessandro Di Battista. E i parlamentari del M5S della commissione Vigilanza parlano di una «selvaggia aggressione politica» che «nasconde il progetto di avere una Rai che non fa informazione indipendente»; e invitano a «impedire l'editto bulgaro del duo Renzi-Anzaldi contro la trasmissione». Ma è proprio Michele Anzaldi, di lì a poco, a ricordare che l'«unico a proporre la chiusura di *Report* è stato Grillo nel 2013, per una puntata che chiedeva dove finissero i soldi incassati dal blog di Grillo». E, a prova, posta un video con il leader del M5S che dice: «Con i giornalisti faremo i conti, con i Floris e le Gabanelli...».

Inoltre, stando alle affermazioni della presidente della Rai Monica Maggioni, «nessuno ha mai pensato di chiudere *Report*. Non è passato per la testa di nessuno. Il problema non è chiudere o meno un programma, è giusto chiedersi piuttosto se sia stato fatto quanto serviva per garantire un buon prodotto informativo. Bisogna rendersi conto che il servizio pubblico ha un effetto dirompente».

Perché il tema della puntata in questione, come tutti quelli che riguardano la salute, è delicato e il rischio di spaventare l'opinione pubblica può avere conseguenze deleterie. Così continuano ad arrivare forti critiche al programma anche dalla comunità scientifica.

«Non è lecito avanzare dubbi sulla sicurezza e sull'efficacia dei vaccini — dice Piergiuseppe Pelicci, direttore della Ricerca dello Ieo (Istituto europeo di oncologia) —. Non bisogna generare disinformazione». Anche i ginecologi delle società scientifiche Sigo, Aogoi e Agui esprimono «rincrescimento per i contenuti della trasmissione». Mentre la Società italiana di medicina del lavoro accusa la puntata di «alimentare ulteriore confusione sul tema delle vaccinazioni raccomandate, fondamentali strumenti di prevenzione». E i medici di famiglia riuniti nella Simg accusano *Report* di «provocare, con i soldi degli italiani, danni alla salute dei cittadini attraverso affermazioni e interviste tendenziose e false».

Lo scontro però resta prevalentemente politico. Matteo Renzi, prima su Twitter e dopo a *Matrix*, attacca i 5 Stelle: «Leggo di come una classe dirigente che vorrebbe governare il Paese giochi sulle paure delle persone rischiando di fare del male ai nostri bambini. Lo dico forte e chiaro: credo nella scienza, non negli apprendisti stregoni». Poi: «Quando si gioca con la salute dei figli non si scherza. Si smetta questa indecorosa campagna. Io non ho mai chiesto di chiudere una trasmissione. Ma chiedo di vaccinare i figli. Loro fanno una polemica incomprensibile».

CORRIERE DELLA SERA
Un diritto dire no alle cure

Scontro su Report, Renzi attacca Fico: se chiude basta pagare il canone
Il dg stretto tra le maggioranze variabili

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 4
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Il Pd su questo è schierato con il segretario. Claudio Martini, vicepresidente del gruppo al Senato e componente della Vigilanza, aggiunge: «Nessuno ha chiesto di sospendere *Report*. Il vero e unico atto eversivo è l'incitamento a non pagare il canone Rai proprio da parte del presidente della commissione di Vigilanza». Ma, a fine giornata, il M5s rilancia: «Siamo soddisfatti delle parole della presidente Maggioni su *Report*. Però adesso la Rai continui a garantirne anche la copertura legale».

D. Gor.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I nodi

- Al centro dell'audizione della presidente della Rai Monica Maggioni ieri in commissione di Vigilanza c'era in particolare il tema del tetto per i compensi degli artisti
- Ma il confronto si è allargato a una questione di stretta attualità: le polemiche sulla trasmissione di Rai3 Report, riesplose dopo la puntata di lunedì sui vaccini

L'audizione La presidente Rai Monica Maggioni ieri è stata sentita dalla commissione di Vigilanza, presieduta da Roberto Fico (M5S), su diversi temi, compreso il caso della trasmissione *Report* (LaPresse)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

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

L'infermiera buttava via le fiale Finti vaccini su 500 bambini

Treviso, smascherata dai colleghi: "Con lei i piccoli non piangevano"

il caso

LORENZO PADOVAN
TREVISO

Una fiction. Nulla di più. Circa cinquecento bambini del Trevigiano sono stati vittime inconsapevoli di una pericolosa messinscena da parte di un'assistente sanitaria che invece di vaccinare i pazienti si limitava ad avvicinare la siringa a cosce e braccine salvo non iniettare il liquido e disfarsene poco dopo nel contenitore dei presidi medici da smaltire. Ad insospettire le due colleghe del reparto è stata paradossalmente la «bravura» di questa nuova infermiera, che era solita agire in una postazione discosta: per il loro stupore, nessun piccino si metteva mai a piangere, tra il sollievo e i complimenti di mamme e papà, sempre in apprensione per quel momento così delicato per il neonato.

Non era la mano leggera, anche perché il contenuto del vaccino provoca quasi automaticamente una reazione che induce le lacrime. Le colleghe si sono trasformate in detective e hanno rovistato nelle immondizie trovando numerose siringhe ancora piene di farmaco. Immediata la segnalazione al dirigente della struttura. Era giugno dello scorso anno: l'assistente sanitaria - una professionista con alle spalle una lunga carriera, giunta nella Marca, in mobilità, tre mesi prima, dopo un'esperienza nella Bassa Friulana - è stata immediatamente spostata ad altro incarico, in attesa delle decisioni della Procura, con intervento dei carabinieri dei Nas, che però non hanno potuto pizzicare la dipendente sul fatto. Per questo, l'indagine non ha portato a contestazioni puntuali - il materiale rinvenuto nel cestino non era collegabile all'attività di un solo operatore - e si è conclusa, il mese scorso, con l'archiviazione «in assenza di ulteriori elementi a carico».

Solo in quel momento, l'Azienda Asl 2 di Treviso ha potuto disporre uno screening a campione sul 5% dei vaccinati dall'assistente presunta infedele: di 25 bimbi, solo 2 avevano sviluppato gli anticorpi, a riconferma dei sospetti che si nutrivano sulla donna, su cui la magistratura ha ora deciso di riaprire gli accertamenti, che potrebbero essere estesi anche ai suoi precedenti incarichi in Friuli Venezia Giulia.

L'indagata ha sempre negato ogni addebito senza dunque fornire motivazioni per un sabotaggio che afferma di non aver mai messo in atto. «Saremo intransigenti - ha garantito il direttore generale dell'Azienda sanitaria Francesco Benazzi -: riteniamo che si sia configurata una grave violazione dei doveri professionali e degli obblighi assistenziali. Andremo fino in fondo, compreso l'eventuale licenziamento». Contemporaneamente, il Dipartimento di Prevenzione ha contattato tutti i cittadini interessati - quasi solo bimbi piccolissimi - per offrire alle famiglie la possibilità di completare correttamente la vaccinazione: ripetendo la dose, si garantisce una protezione elevata e a lungo termine. Da lunedì prossimo al 6 maggio, saranno effettuate centinaia di iniezioni a quei bimbi che avevano scampato la prima puntura della loro vita.

Due le tipologie di copertura che sono venute meno: quella contro morbillo, pertosse e rosolia - prima dose all'anno di età - e quella esavalente, che tutela da difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B e dal virus Haemophilus Influenzae di tipo B, con tre iniezioni entro i primi dodici mesi.

«Avendo lavorato in quel servizio solo per un trimestre - ha rassicurato Benazzi -, la dipendente non ha potuto privare i pazienti di più di una dose e da nostre indagini epidemiologiche non abbiamo registrato alcun caso di bimbi affetti da quelle patologie per assenza di copertura. In questa vicenda emerge anche il senso civico e la professionalità degli altri operatori, che con attenzione e scrupolo hanno scoperto il presunto inganno».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 15.177
Diffusione 12/2016: 11.837
Lettori Ed. II 2016: 142.000
Quotidiano - Ed. Treviso

la tribuna di Treviso

Dir. Resp.: Paolo Possamai

20-APR-2017
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il ministro: «Fatto che ha dell'incredibile»

Zaia: «Tolleranza zero». Manildo: «Fare chiarezza». Intanto il medico no-vax Gava va all'attacco

TREVISO

Ha sconvolto tutti la notizia dei vaccini fatti per finta da una operatrice sanitaria dell'ex Ulss 9 di Treviso, in barba alla salute pubblica ed alla fiducia delle famiglie che si erano rivolte al sistema sanitario per fare la profilassi ai propri figli. «E' un fatto talmente increscioso che ha dell'incredibile» ha commentato da Roma il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** al termine di una riunione che ieri la vedeva impegnata proprio con i rappresentanti delle Regioni. «Ritengo che sia stato fatto un danno enorme a questi bambini che sono stati sottoposti a rischio. L'autorità giudiziaria far il suo corso, è una vicenda sconcertante che, prima di tutto, impone una serie di valutazioni oggettive».

Duro il presidente della Regione Veneto **Luca Zaia**: «Non bisogna dimenticare che la sanità è un valore primario, che significa sicurezza per tutti, per noi che la eroghiamo e per i cittadini che ricevono il servizio. In questa vicenda si va ben oltre il dibattito su sì o no ai vaccini: qui siamo alla presunta non erogazione di un servizio richiesto e pagato dalla gente, oltre che previsto dalla Costituzione. Se un'operatore sanitario intende obbiettare, lo deve fare manifestando il suo problema e chiedendo di essere assegnato a un diverso incarico» segue Zaia, , non certo facendo mancare un servizio. Se alla fine saranno identificate ipotesi di reato e colpe» conclude Zaia, «chiediamo alla magistratura di aiutarci a fare definitiva chiarezza e, se comprovate le responsabilità, alla Ulss di applicare il principio della tolleranza zero».

Il sindaco di Treviso **Giovanni Manildo** è esterrefatto: «È gravissimo, come autorità sanitaria cittadina mi auguro venga fatta al più presto chiarezza, ho scritto al direttore generale affinché oltre all'indagine interna vengano date tutte le rassicurazioni necessarie alle famiglie. Il Comune si sta battendo e rivendica con forza l'importanza della vaccinazione come strumento di tutela del benessere e della salute dei nostri bambini» ribadisce Manildo, «mi piacerebbe che chi ha potere in Regione dedicasse le sue energie a ripristinare l'obbligo vaccinale tolto nel 2007. I frutti indiretti di questa scelta vanno combattuti anche da un punto di vista informativo».

La stoccata proprio a Zaia è chiarissima, la battaglia sull'obbligatorietà del vaccino infatti è aperta da tempo. E mentre il vicesindaco di Treviso **Roberto Grigoletto** chiede la convocazione urgente della conferenza dei sindaci dell'Ulss9 «per fare il punto del caso e della situazione vaccini», quanto accaduto riporta necessariamente in auge il caso del dottor **Roberto Gava**, iscritto all'Ordine dei medici di Treviso, dipendente dell'ex Usl 8 di Asolo cardiologo all'ospedale di Castelfranco che fa il tutto esaurito in conferenze sui metodi "alternativi" e con manifesti dubbi sul valore e l'utità dei vaccini. Una posizione delicatissima che ha mosso l'ordine dei medici di Treviso (da tempo ormai in battaglia con i medici "antivaccino") e fatto scattare anche la segnalazione all'ordine del direttore generale dell'Ulss2 Francesco Benazzi: « La segnalazione è stata fatta per chiedere una valutazione deontologica dell'attività che svolge fuori dall'orario di lavoro». Segnalazione simile era arrivata anche all'ordine provinciale.

Gava, dal canto suo, ha sempre tirato dritto e proprio lo scorso 7 aprile, in merito al procedimento disciplinare a cui è sottoposto, ha risposto con una lunga missiva compilata anche con l'avvocato che lo assiste in cui punta ildito contro l'industria del vaccino e specifica: « Le sanzioni disciplinari contro i medici dissenzienti parrebbero risolversi in una indebita agevolazione di una informazione pubblica ingannevole sui vaccini, e in una violazione di legge in materie di intese, abusi di posizione dominante, ma ancor prima in una indebita minaccia di ingiuste sanzioni disciplinari, con concreto danno e pericolo per i medici, i pazienti».

Una replica all'attacco che dimostra come Gava non abbia intenzione di rinunciare di un passo alla sua posizione.

Federico de Wolanski

Emanuela, 31 anni, prima laureata nella Marca in assistenza sanitaria

Il ministro: «Fatto che ha dell'incredibile»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Treviso. Assistente sanitaria fingeva di vaccinare e poi gettava le fiale. Oltre 500 pazienti sono stati richiamati dall'Asl per verifiche

I bambini che entravano in quell'ambulatorio per farsi vaccinare non piangevano mai. Una situazione che aveva insospettito i colleghi dell'operatrice. Già nel 2016 la donna era stata accusata di non vaccinare affatto i suoi piccoli pazienti, ma soltanto di fingere. Ora l'Asl in questione, quella di Treviso 2, ha avviato una campagna di richiamo per porre rimedio all'accaduto. Sarebbero 500 i non vaccinati.

Ad aumentare il numero di bambini non vaccinati, oltre ai genitori anti-vaccinisti, ci potrebbe aver pensato anche un'assistente sanitaria. La donna è finita al centro di un procedimento disciplinare dell'Asl 2 di Treviso perché sospettata di aver solo finto di vaccinare molti bambini.

Pare infatti che l'operatrice dopo aver registrato la prestazione, prendeva le fiale ancora piene e le gettava nella spazzatura, senza fare alcuna iniezione ai bambini arrivati nel suo ambulatorio. I primi sospetti sono venuti ai colleghi: durante le sue ore di lavoro nessuno dei bambini che entrava nella sala affidata all'operatrice in questione versava una lacrima. Né un pianto, né uno strillo, mai. Una stranezza, trattandosi di bambini.

Il caso è stato segnalato, già nel giugno 2016 ai Nas ed alla procura competente. Il giudice per le indagini preliminari, su richiesta del pm, però, aveva archiviato il fascicolo. Ora la faccenda è tornata in prima linea. L' Asl di zona ha avviato una campagna di richiamo che riguarderebbe centinaia di pazienti da vaccinare.

Intanto, la Procura della Repubblica di Treviso, come confermato dal Procuratore **Michele Dalla Costa**, sta valutando l'opportunità di riaprire o meno l'indagine a carico dell'assistente sanitaria.

"Nel frattempo – ha chiarito l'Asl 2 di Treviso – la donna è stata trasferita ad altro incarico. Aveva eseguito vaccinazioni soltanto per tre mesi." L'Asl ritiene che si sia configurata "una grave violazione dei doveri professionali e degli obblighi assistenziali". Per questo ha contattato tutti i pazienti potenzialmente interessati, invitandole nei giorni 24 e 28 aprile, e 2 e 6 maggio al dipartimento di prevenzione di Treviso. Sono circa 500 i pazienti, tra adulti e bambini, attesi per completare la vaccinazione. Questa volta sul serio.

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

20-APR-2017
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

L'infermiera che fingeva di vaccinare i bimbi

Treviso, simulava le iniezioni e buttava le fiale. Denunciata dai colleghi che non sentivano mai i piccoli piangere L'Asl costretta a richiamare 500 pazienti. Il caso, segnalato nel giugno 2016, era stato archiviato a marzo dal gip

La Procura sta valutando se riaprire l'indagine La sanitaria trasferita ora rischia il licenziamento

ENRICO FERRO

TREVISO. In una stanza dell'ambulatorio della Madonnina di Treviso i neonati chiamati a fare il vaccino non piangevano mai. C'era un'assistente sanitaria che li spogliava e avvicinava la siringa alla gamba con estrema dolcezza. Niente strilli, niente facce paonazze. Nessun malessere nelle ore successive, nemmeno una linea di febbre il giorno dopo. Il motivo per cui nessun bambino si lamentava di quelle punture l'hanno scoperto qualche mese dopo i responsabili dell'Usl trevigiana e i carabinieri del Nas. Quell'assistente sanitaria non inoculava alcun vaccino. Gettava le fiale, fingeva le punture e poi compilava impunita il libretto sanitario.

Così facendo ha creato una falla nel sistema che coinvolge oltre 500 bambini e che ora mette in serio imbarazzo la sanità veneta. «Un fatto increscioso, un danno enorme» commenta la ministra della Salute Beatrice Lorenzin. Mentre il governatore del Veneto Luca Zaia invoca «tolleranza zero». C'è il sospetto che la donna al centro dello scandalo sia una seguace delle teorie "no vax".

Quarant'anni circa, proveniente dal Friuli con una procedura di mobilità, all'inizio passava pure per brava. Era entrata in servizio al dipartimento di prevenzione di Treviso a gennaio del 2016. Servizio vaccini. Quelli per neonati: il quadrivalente (morbillo, parotite, rosolia e varicella), il siero contro il meningococco e quelli per prevenire difterite, tetano e pertosse. Passava per brava perché riusciva a tenerli tutti buoni. Quando l'ago penetra la gamba di un neonato la reazione giunge dopo pochi secondi. Le grida sono disperate e solo l'abbraccio di mamma e papà riportano la calma. All'ambulatorio la Madonnina non accadeva nulla di tutto ciò. Due colleghe, a un certo punto, si sono insospettite. Anche perché avevano notato che spesso nei bidoni della spazzatura c'erano tracce del liquido delle fiale. La circostanza è stata subito raccontata a un dirigente e il caso è arrivato alla direzione sanitaria. «Abbiamo denunciato tutto ai carabinieri del Nas di Treviso» rivela il direttore generale Francesco Benazzi che però in un primo momento si era dovuto rassegnare alla richiesta di archiviazione da parte della Procura trevigiana per «assenza di ulteriori elementi a carico». Invece gli accertamenti svolti in ambito medico confermano che da gennaio a giugno 2016 l'assistente sanitaria ha messo in atto il suo folle piano. «Abbiamo richiamato 25 bambini vaccinati da lei, sono stati tutti sottoposti alle analisi del sangue e così si è scoperto che non c'erano anticorpi». I risultati sono giunti lo scorso lunedì 10 aprile e l'azienda sanitaria ha deciso di uscire allo scoperto. Il dipartimento di prevenzione sta invitando le famiglie a ripetere il richiamo nei giorni 24 e 28 aprile ma anche 2 e 6 maggio.

La donna, convocata già dopo i primi sospetti, non ha fornito alcuna spiegazione. «Abbiamo comunque avviato un procedimento interno per scoprire le motivazioni che si nascondono dietro questo gesto. Chiaramente è stata trasferita a un altro ufficio». All'orizzonte c'è il rischio concreto del licenziamento, mentre l'indagine penale ha ripreso corpo alla luce dei risultati di laboratorio. Si scava nel suo passato professionale per capire se l'ha fatto ancora.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

LE FRASI

LA MINISTRA
"È stato fatto un danno enorme a 500 bambini, un fatto incredibile", dice Beatrice Lorenzin

IL GOVERNATORE
"Non si agisce così facendo correre gravi rischi ai bambini", dice il governatore del Veneto Zaia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'infermiera che vaccinava per finta «Con lei i bambini non piangevano»

All'Asl di Treviso buttava di nascosto siero e siringhe. Il giudice ha archiviato

Il governo
Indignata la ministra della salute Lorenzin: «È un fatto increscioso e incredibile»

«Brava», si erano detti all'inizio i colleghi che condividevano i turni con lei. «Quando fa i vaccini i bambini non piangono mai».

Tempo qualche giorno e fu proprio quel dettaglio a generare i primi dubbi. Quel «brava» diventò presto «che strano...», l'ammirazione si trasformò in sospetto e dal sospetto partì un'inchiesta.

È cominciata così questa storia dal movente ancora oscuro. Parliamo di un'assistente sanitaria della Asl 2 di Treviso che per più di tre mesi avrebbe finto di iniettare a centinaia di bambini vaccini che invece finivano nel cestino dei rifiuti. Sotto accusa dopo la denuncia delle colleghe, la donna fu indagata ma il procedimento penale si chiuse con un'archiviazione. Niente prove niente processo, stabilì il giudice delle indagini preliminari su richiesta del pubblico ministero. E lei, nel frattempo destinata ad altro incarico, tirò un sospiro di sollievo.

Ma sbagliava. Perché per niente disposta a lasciar correre, a quel punto è stata l'Azienda sanitaria ad approfondire i fatti con un'indagine interna. E i risultati — scientifici — raccontano di «una grave violazione dei doveri professionali e degli obblighi assistenziali» scrive ora in una nota la stessa direzione dell'Asl.

Per ripercorrere le tappe di questa vicenda è necessario un passo indietro fino a gennaio del 2016. Alla Asl 2 trevigiana alla fine di quel mese arrivano due assistenti sanitari, figure a metà fra gli infermieri e i medici che in questo caso si occupano prevalentemente di screening. Una delle due è lei, la professionista dei vaccini. Non passa molto tempo perché le colleghe si accorgano, appunto, che stranamente i piccoli vaccinati dalla nuova assistente non sembrano spaventati. Qualcuna passa al controllo dei cestini della spazzatura e si scopre che in alcune delle siringhe buttate via (non è chiaro in quante) c'è il siero non iniettato. Parte la segnalazione alla procura e intervengono anche i Nas dei carabinieri ma di prove che dimostrino quelle «gravi violazioni» di cui si parla oggi non se ne trovano e il procedimento penale finisce con un nulla di fatto.

Chiusa l'inchiesta della Procura la direzione dell'Azienda sanitaria decide di andare a fondo con una sua indagine interna. Richiama con un pretesto 25 bambini vaccinati dall'assistente sospettata e altri 22 da altri operatori sanitari: lo scopo è confrontare nei due gruppi la presenza di anticorpi che il vaccino dovrebbe sviluppare. Con semplici analisi mediche si scopre che nel gruppo dei 25 bimbi ce ne sono 21 in cui la presenza di anticorpi è negativa, per due di loro è parziale e per gli altri due semplicemente non esiste. Nel gruppo dei 22 bambini vaccinati da altri operatori, invece, tutto è regolare: sono positivi al test che rileva gli anticorpi.

Per l'Azienda sanitaria non si può trattare di un errore, l'esito degli accertamenti assomiglia di più a un grave indizio. Così la direzione del Dipartimento prevenzione scrive un nuovo rapporto per la magistratura, «avendo elementi sufficienti per ritenere che l'assistente sanitaria non aveva eseguito tutte le vaccinazioni», e prende un provvedimento disciplinare nei confronti della donna che, ancora dipendente, in teoria ora rischia il licenziamento o la sospensione. Sembra che lei, davanti alla nuova ondata di accuse, non abbia detto nemmeno una parola. Niente. Né si è capito finora per quale motivo — ammesso che sia davvero colpevole — avrebbe fatto ciò di cui è accusata.

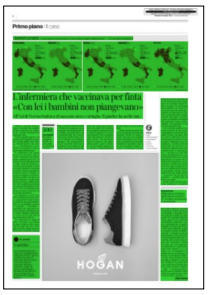
Mentre sulla vicenda interviene indignata la ministra della salute Beatrice Lorenzin che parla di «fatto increscioso e incredibile», dal punto di vista sanitario si tratta di capire quanti dei vaccinati dall'assistente (quasi tutti bambini) non abbiano «coperture» contro le patologie per le quali le famiglie si erano rivolte all'Asl, e cioè: tetano, difterite, pertosse, parotite, rosolia, morbillo e varicella. L'Azienda ha deciso di richiamare (con lettera) tutti i pazienti potenzialmente interessati, più o meno 500 persone, per i controlli e i rimedi del caso: per loro giornate straordinarie di vaccinazione sono state fissate il 24 e 28 aprile e il 2 e 6 maggio al Dipartimento di prevenzione di Treviso. Il procuratore Michele Dalla Costa deciderà forse già oggi se riaprire il caso ma non trattiene la perplessità: «Una conferenza stampa forse non è stata la mossa migliore — dice —. Se una persona sa di poter essere indagata magari può fare qualcosa per cercare di non essere scoperta...».

Giusi Fasano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

500

Casi sospetti
Riguardano soprattutto bambini, ma anche adulti vaccinati all'Asl di Treviso



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

20-APR-2017
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

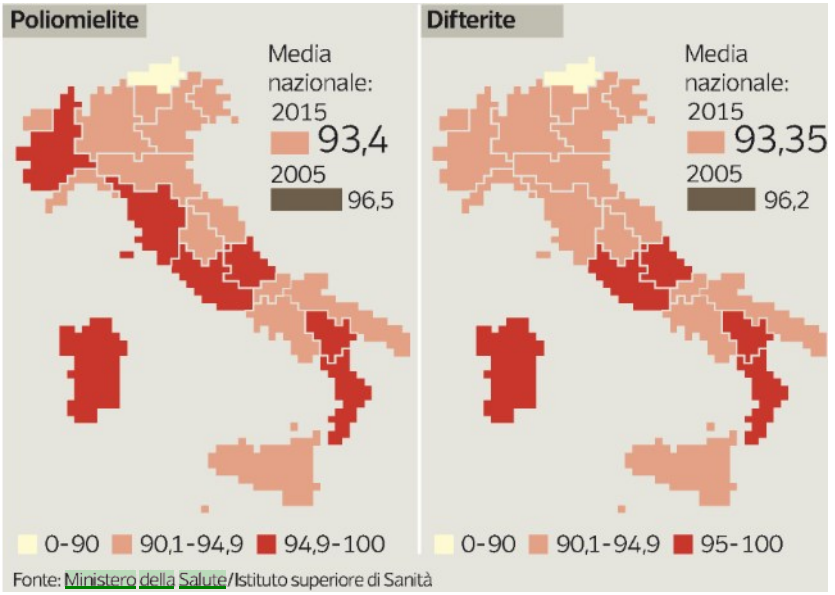
La parola

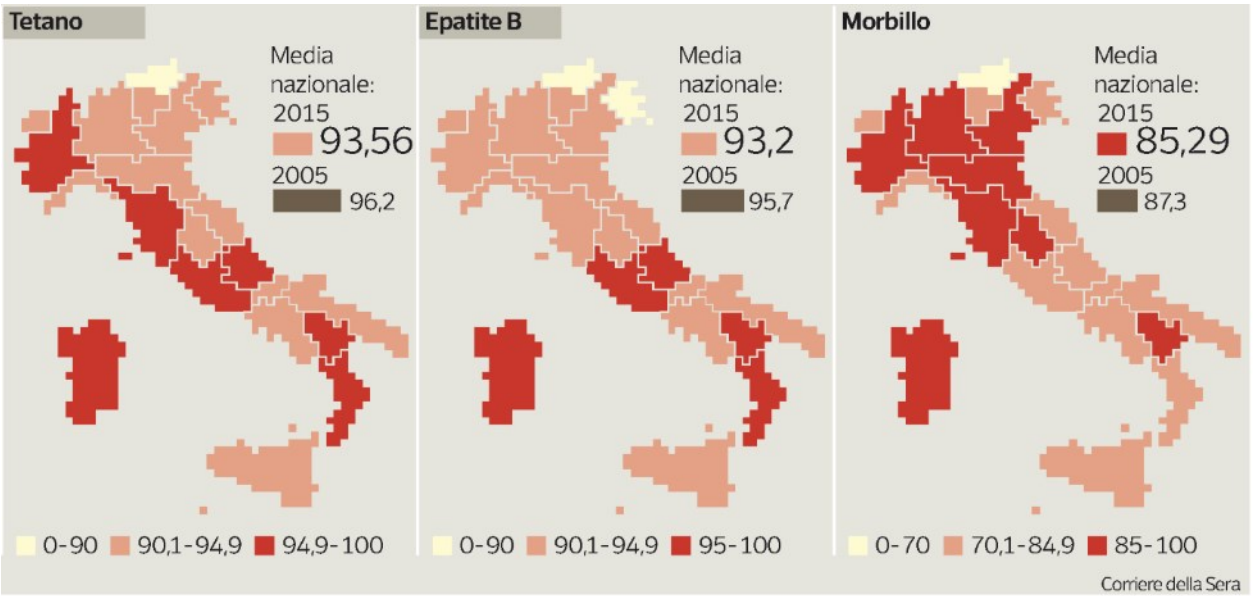
VACCINO

È un prodotto batterico o virale che, introdotto in un organismo vivente, riesce a conferire uno stato di immunità. Questo perché viene provocato un «processo morboso attenuato» capace di attivare la produzione di anticorpi specifici che riescono a garantire la profilassi delle malattie infettive

I bambini protetti

La percentuale di vaccinati entro i 24 mesi di età per singola malattia nel 2015 — vaccinazioni obbligatorie





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

20-APR-2017
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Effetti collaterali

Sull'efficacia dei vaccini aperta inchiesta

Michela Allegri

Mancanza di controllo in relazione ai possibili effetti collaterali di alcuni farmaci e, soprattutto, dei vaccini. La procura di Roma scende in campo in una delle vicende più dibattute degli ultimi giorni, dopo il polverone sollevato da "Report" sui possibili danni provocati dal vaccino contro il papilloma virus. Piazzale Clodio ha aperto un fascicolo d'indagine scaturito da un esposto dettagliato che è stato presentato ai magistrati, in cui si sollevano dubbi sulla rete di verifica relativa ai potenziali effetti collaterali.

A pag. 5

Salute

Vaccini, un'inchiesta sugli effetti collaterali

▶Aperto un fascicolo dalla Procura di Roma: rete di controllo nel mirino

SARANNO I NAS A SVOLGERE TUTTI GLI ACCERTAMENTI SUL RISPETTO DELLE PROCEDURE

▶Indagini sulla possibile diffusione senza cautele di alcuni medicinali

SPUNTA L'IPOTESI DI UNA NUOVA LEGGE CHE OBBLIGHI GLI STUDENTI ALLA PREVENZIONE

IL CASO

ROMA Mancanza di controllo in relazione ai possibili effetti collaterali di alcuni farmaci e, soprattutto, dei vaccini. La procura di Roma scende in campo in una delle vicende più dibattute degli ultimi giorni, dopo il polverone sollevato dal servizio di Report su possibili danni provocati dal vaccino contro il papilloma virus. Piazzale Clodio ha aperto un fascicolo d'indagine scaturito da un esposto dettagliato che è stato presentato ai magistrati, in cui si sollevano dubbi sulla rete di verifica relativa ai potenziali effetti collaterali di alcune vaccinazioni e, di conseguenza, sulla divulgazione delle informazioni. Per gli inquirenti, non sarebbe il vaccino in quanto tale ad essere pericoloso. Il sospetto è, però, che la diffusione di alcuni medicinali possa non essere avvenuta con le dovute cautele. L'inchiesta, ancora senza ipotesi di reato, è coordinata dal procuratore aggiunto Nunzia D'Elia e dalla pm Maria Letizia Golfieri. Gli accertamenti saranno invece assegnati ai carabinieri del Nas, che dovranno chiarire se siano state rispettate tutte le procedure di analisi.

I DOCUMENTI

Uno dei primi atti in programma, sarà l'acquisizione della documentazione del ministero della Salute e dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco. Gli esposti e le segnalazioni arrivate negli ultimi mesi in procura sono parecchie. Quella che ha fatto scattare l'inchiesta, però, sarebbe più precisa delle altre, tanto da convincere gli inquirenti ad aprire un fascicolo. Viene fornito un lungo elenco di vaccini per i quali potrebbe essere necessario indagare in relazione alle verifiche effettuate nel corso degli anni, con prove tecniche, analisi e riscontri clinici. La segnalazione è focalizzata su alcune vaccinazioni facoltative e non su quelle obbligatorie, che servono per evitare difterite, poliomielite, tetano ed epatite B. In un capitolo dell'esposto si parla an-

Il Messaggero
Fine vita, si può dire no alle cure

Salute
Vaccini, un'inchiesta sugli effetti collaterali

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

20-APR-2017
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

che dei vaccini esavalenti, consigliati all'inizio del terzo mese di vita e che prevedono quattro cicli tassativi e due opzionali.

LA LEGGE

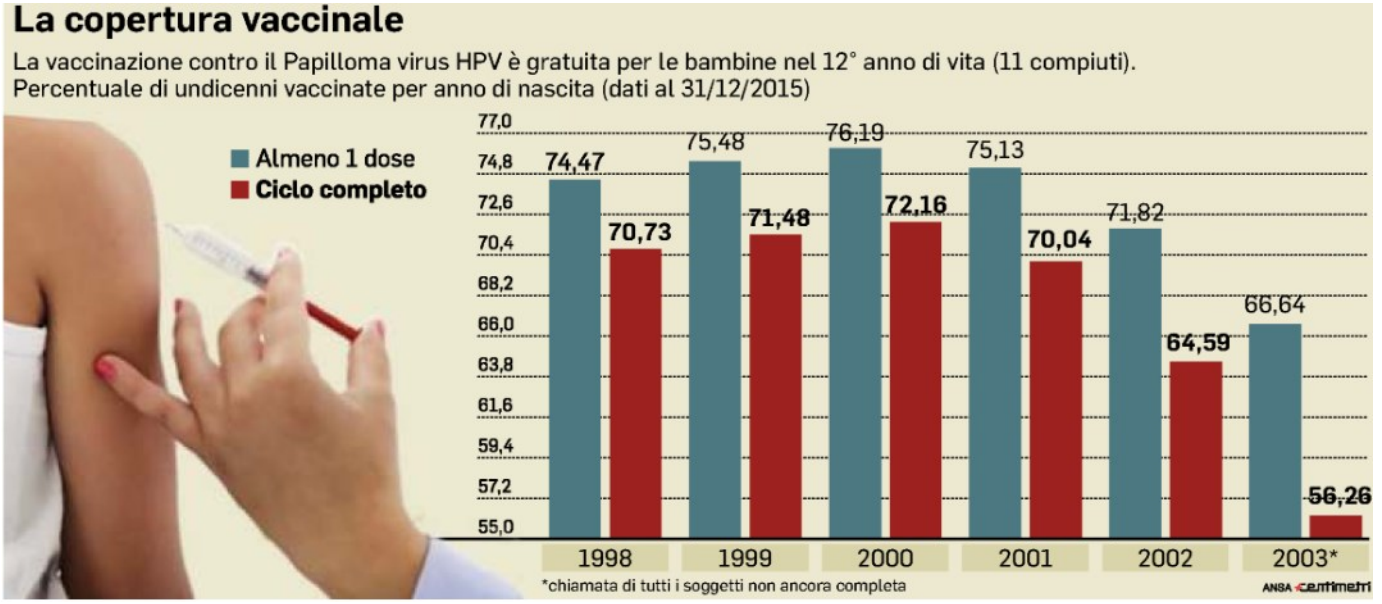
Nel frattempo, si torna a discutere della necessità di una legge nazionale che renda obbligatorie le vaccinazioni per le iscrizioni a scuola. Il responsabile sanità del Pd, Federico Gelli, ha detto che sul punto i lavori proseguono a ritmo serrato. «Incontrerò un board composto dalle associazioni di medicina generale e, soprattutto, dalle maggiori società scientifiche che si occupano di questo tema (Siti, Sip, Simg, Fimmg, Fimp, Sismla), per capire quali vaccini inserire con urgenza nella lista degli obbligatori». In programma anche uno scambio con il presidente dell'Istituto superiore di sanità Walter Ricciardi. All'interno della nuova legge verranno previste penalizzazioni, che potranno arrivare fino alla radiazione, per i medici che sconsigliano l'utilizzo dei vaccini. Per Gelli, una legge è necessaria e si deve procedere in fretta: «Lo dimostrano anche gli accadimenti di questi ultimi giorni, che hanno visto prima un incontro organizzato alla Camera su presunte "altre verità" riguardo i vaccini, e poi la messa in onda di una più che discutibile inchiesta da parte di Report. Gettare ombre su fondamentali strumenti di prevenzione è di una gravità inaudita».

I DATI

L'Organizzazione mondiale della sanità ha infatti ricordato come ogni anno, proprio grazie ai vaccini, si riescano a evitare 2,5 milioni di morti. «Solo quelli contro il morbillo hanno salvato 20 milioni di bambini tra il 2000 ed il 2015», ricorda Gelli. Proprio ieri l'Aifa ha pubblicato un documento su obiettivi e attività della vaccinovigilanza, «in previsione del quinto rapporto sulla sorveglianza dei vaccini in Italia». Nella relazione viene fatta una panoramica delle attività relative all'«identificazione di eventi avversi che seguono l'immunizzazione e la valutazione del nesso di causalità». Oltre a considerare le Good pharmacovigilance practices, cioè i monitoraggi previsti dalla legislazione europea e realizzati dalle aziende produttrici nell'arco della vita del farmaco o del vaccino, l'Aifa effettua anche l'analisi delle segnalazioni spontanee di «effetti avversi» provenienti da medici, operatori sanitari e pazienti. Le informazioni vengono raccolte nel database della Rete nazionale di farmacovigilanza. Nel 2014 è stato anche istituito un gruppo di lavoro per la vaccinovigilanza, che comprende esperti nazionali, rappresentanti del ministero della Salute, dell'Istituto superiore di sanità, dei centri regionali.

Michela Allegri

© 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

20-APR-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Piano della Sanità

Via i superticket ma "codici verdi" a pagamento

Luca Cifoni

Stop all'ipotesi del superticket per gli esami sanitari. Spunta un contributo per i codici verdi al Pronto Soccorso.

A pag. 15

Sanità, verso lo stop al superticket

▶Parte il confronto tra Regioni e ministero della Salute sulla riforma dell'attuale assetto delle compartecipazioni

▶L'ipotesi: sostituire il prelievo su diagnostica e specialistica con un contributo per i "codici verdi" al Pronto Soccorso

IL "BALZELLO" VALE 10 EURO A RICETTA MA È APPLICATO IN MODO DIFFERENZIATO NELLE VARIE AREE DEL PAESE

L'INCONTRO

ROMA Li chiamano superticket, non tanto per l'importo quanto per il fatto che si aggiungono per legge dello Stato a quelli già previsti autonomamente dalle Regioni. Ieri sono stati al centro della riunione tra rappresentanti delle Regioni e ministero della Salute, convocata per discutere proprio del riassetto delle varie forme di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria. Si trattava del primo vero incontro dopo l'insediamento del tavolo e dunque non erano attesi risultati conclusivi. L'intenzione di superare l'attuale situazione è stata comunque ribadita sia da Antonio Saitta, assessore alla Sanità del Piemonte e coordinatore dei suoi colleghi, sia da Luca Coletto del Veneto. Quest'ultimo in particolare si è spinto in avanti ipotizzando che l'eliminazione del balzello da 10 euro sulle visite specialistiche e sulla diagnostica possa essere finanziato tramite un contributo sui codici verdi al Pronto Soccorso.

RACCOLTA DEI DATI

Attualmente è previsto che i cittadini paghino di tasca propria solo in caso di "codice bianco" ovvero quando l'accesso al Pronto Soccorso avviene per pazienti in condizioni non critiche, per i quali non si rendono necessarie prestazioni urgenti e dunque non c'è ricovero. L'importo varia da Regione a Regione. Il "codice verde" riguarda invece i pazienti in condizioni poco critiche: un contributo richiesto anche per queste situazioni incrementerebbe quindi gli introiti dal sistema del Pronto Soccorso. Una riforma alternativa potrebbe prevedere una compartecipazione alle spese graduata in base al reddito Isee. In una prima fase comunque il lavoro si concentra sulla definizione esatta di un quadro molto differenziato nelle varie aree del Paese. «I tecnici - ha spiegato Saitta - lavoreranno ora alla raccolta dei dati regionali sui ticket e sulle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, ed entro la fine di aprile ci sarà una nuova riunione». Questo perché «è fondamentale conoscere i dati prima di entrare nel merito delle proposte».

LE PROTESTE

I superticket da 10 euro sulle ricette relative a prestazioni di diagnostica e specialistica sono applicati in modo differenziato tra le varie Regioni: alcune li hanno modulati in base al reddito o alla complessità della prestazione. Questa forma di compartecipazione ha una storia particolare: istituita nel 2007 non era stata inizialmente applicata proprio a causa delle proteste che aveva suscitato. Lo Stato si era quindi assunto il compito di reperire una copertura alternativa per gli 834 milioni di gettito previsto. Ma questo impegno rinnovato per alcuni anni era venuto meno nel 2011. Da allora però l'opposizione al superticket è stata molto forte e recentemente sono cresciute le pressioni per il suo superamento.

L. Ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Messaggero
Fine vita, si può dire no alle cure

Economia
Sanità, verso lo stop al superticket

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 19 APRILE 2017

Ticket. Prime ipotesi di revisione: via il superticket e al suo posto un ticket sui codici verdi in pronto soccorso. Secondo round Governo-Regioni

E' infatti questa una delle prime ipotesi trapelate al termine del secondo incontro tra Governo e Regioni per la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa. Ma in realtà i lavori sono ancora all'inizio e la prima tappa ufficiale sarà quella di raccogliere dati certi sul sistema, a partire dalle esenzioni. Così da avere un quadro chiaro sul quale iniziare a simulare le prime ipotesi di riforma. Ma una cosa è certa: il problema restano le coperture. Ecco cosa hanno detto Saitta e Coletto.

Fotografare lo stato dell'arte della compartecipazione alla spesa sanitaria nelle regioni italiane per capire quanti sono gli esenti per patologie e per reddito, e dove e come sono collocati i super ticket sulla specialistica e decidere quindi come rivedere il meccanismo dei ticket secondo principi di equità, solidarietà e universalismo. Il tutto senza compromettere le entrate garantite dai ticket che attualmente forniscono alle Regioni un gettito di 3 miliardi annui.

Una sfida ardua dal momento che l'eliminazione delle disparità regionali, determinata principalmente dai super ticket sulla specialistica, comporterà necessariamente una diminuzione delle entrate. E tra le le ipotesi al vaglio per compensare i mancati introiti del valore dei superticket, che, secondo l'assessore del Veneto **Coletto**, vale circa 900 milioni di euro, spunta anche la possibilità di introdurre una compartecipazione per i codici verdi.

È questo il risultato della prima riunione operativa del Tavolo per la revisione dei meccanismi di compartecipazione alla spesa, che ha visto il confronto tra il ministro **Beatrice Lorenzin** e il Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, **Antonio Saitta** insieme all'Assessore della Regione Emilia Romagna, **Sergio Venturi**, all'Assessore della Regione Veneto, **Luca Coletto** e ai rappresentanti del Ministero dell'Economia, dell'Agenas e dello stesso Ministero della Salute.

"Con il Ministro Beatrice **Lorenzin** abbiamo stabilito di dare luogo ad una attenta lettura dei dati, Regione per Regione – ha detto Saitta – con l'obiettivo di arrivare in tempi brevi ad una visione coerente dei diversi aspetti e a possibili proposte uniformi che possano consentire di superare le diversità territoriali oggi esistenti in materia di ticket. Ci siamo dati tempi stretti – ha concluso Saitta – e confermiamo il proposito di poter riuscire ad arrivare ad una proposta nel minor tempo possibile".

La cornice nella quale si stanno muovendo Ministero e Regioni, ha spiegato Saitta è l'articolo 8 del Patto per la salute, che comporta anche un'invarianza di gettito. "Vogliamo cercare di capire qual è il modello migliore da seguire – ha aggiunto – ecco perché la raccolta dei dati che sarà effetuata dai tecnici del Ministero sarà essenziale per comprendere meglio come intervenire visto che ci sono Regioni che hanno sistemi di esenzione diversi. La preoccupazione principale è evitare che un ticket elevato porti il paziente verso il privato perché costa meno ed è più veloce".

Insomma, per sapere quali strade sceglieranno Ministero e Regioni bisognerà aspettare cosa emergerà dalla raccolta dei dati. Ma qualche ipotesi è stata già avanzata. "L'obiettivo è l'abolizione dei ticket sulle visite specialistiche, che sono quelli che hanno creato disuguaglianze tra i cittadini – ha infatti detto l'assessore alla Sanità del Veneto, **Luca Coletto** – e tra le ipotesi al vaglio per compensare i mancati introiti c'è il pagamento i codici verde. Stiamo cercando di fotografare la realtà regionale e cercare di incidere per eliminare le diseguaglianze regionali – ha quindi aggiunto Coletto – e avere un introito che sia quantomeno uguale

all’attuale. Adesso bisogna capire quali sono i superticket, che valgono circa 900 milioni, e in quali Regioni sono collocati e trovare un’alternativa che sia equanime”.