quotidianosanità.it

Mercoledì 26 APRILE 2017

# Aborti clandestini. Viora (Aogoi): “L’unica arma è la prevenzione: più counselling, più contraccezione responsabile e gratuita”

***Per la presidente dei ginecologi italiani “è responsabilità precipua dei ginecologi ricordare a tutti che il vero terreno sul quale gli aborti clandestini possono essere contrastati e ridotti è quello della prevenzione: in particolare attraverso il counselling a favore delle donne che abbiano già fatto ricorso all’interruzione di gravidanza, e poi attraverso politiche di promozione di una contraccezione informata e responsabile, che non può passare, come purtroppo avviene oggi in Italia, per l'acquisto dei contraccettivi a totale carico dei cittadini”.***

“Quando si parla di aborti clandestini, i numeri sono intrinsecamente aleatori, proprio perché queste interruzioni di gravidanza vengono praticate in modo illegale e occulto. Non spetta a noi ginecologi entrare nel merito delle conclusioni che si possono trarre dalla presunta sproporzione fra aborti clandestini praticati e procedure penali a carico di chi è sospettato di aver indotto questi aborti. **È invece responsabilità precipua dei ginecologi italiani ricordare a tutti che il vero terreno sul quale gli aborti clandestini possono essere contrastati e ridotti è quello della prevenzione**: in particolare attraverso il counselling a favore delle donne che abbiano già fatto ricorso all’interruzione di gravidanza, e poi attraverso politiche di promozione di una contraccezione informata e responsabile, che non può passare, come purtroppo avviene oggi in Italia, per l'acquisto dei contraccettivi a totale carico dei cittadini”.

Così **Elsa Viora**, Presidente dell'Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) sui dati emersi nel corso del question time al Ministro **Lorenzin** sugli aborti clandestini in Italia e commentati dal nostro giornale.

**La presidente Aogoi ricorda anche che la percentuale di donne che ripete l’intervento di IVG nei centri pubblici è del 26,6%, per un costo complessivo delle IVG ripetute di circa 29,9 milioni di Euro l’anno.** “È quindi evidente – sottolinea **Viora** – l’importanza che in tutti i centri che praticano le IVG venga proposto, immediatamente dopo l’interruzione di gravidanza, un programma contraccettivo basato sulle specifiche esigenze della donna, e che qualunque sia il metodo contraccettivo scelto venga fornito subito dopo l’intervento. Questo per evitare la ripetizione degli aborti in genere, ma anche il rischio che, successivamente, alcune delle donne intercettate dai servizi pubblici possano scegliere di ricorrere all’aborto clandestino”.

Proprio con questi obiettivi la Aogoi ha effettuato uno studio multicentrico e promosso un progetto di formazione e sensibilizzazione indirizzato agli operatori dei centri italiani che praticano le interruzioni di gravidanza.

Dal punto di vista strettamente clinico, infine, può dirsi che un’efficace azione di prevenzione degli aborti potrebbe fondarsi su una maggior diffusione dei contraccettivi a lunga durata, sottocutanei o impiantati in utero, che garantiscono un’efficacia prolungata dai 3 ai 5 anni: “Chi richiede l’interruzione della gravidanza – conclude **Viora** – è reduce dal fallimento di un metodo contraccettivo: proprio in questi casi può essere più efficace consigliare i sistemi contraccettivi a lunga durata e reversibili (Larc), che i dati dell’Oms indicano come i sistemi contraccettivi più sicuri e che garantiscono la percentuale più alta di adesione. In un’ottica di prevenzione questi metodi possono essere utilizzati nell’immediatezza dell’IVG, senza arrecare alcun disagio alla donna”.

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

27-APR-2017
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

# Arrestato Vannoni: «Usava ancora Stamina»

▶Per l'accusa reclutava in Italia pazienti disposti a pagare fino a 27mila euro e praticava il suo metodo all'estero

▶Aveva patteggiato 22 mesi di carcere impegnandosi a non proseguire con la cura che era stata bocciata nel nostro Paese

**IN GEORGIA SAREBBERO STATI RADUNATI CENTINAIA DI MALATI ALTRE SETTE PERSONE SONO FINITE SOTTO INCHIESTA**

## L'INCHIESTA

TORINO Reclutava pazienti in Italia, disposti a pagare per le cure fino a 27mila euro. Davide Vannoni, mister Stamina, è stato fermato ieri dai carabinieri del Nas, nella sua villa in collina a Torino. C'era il pericolo che fuggisse all'estero. L'accusa è di aver continuato all'estero la pratica del suo metodo, definitivamente bocciato dalle autorità e dai giudici italiani. I reati che gli sono contestati vanno dall'associazione a delinquere aggravata dalla transnazionalità alla truffa, fino alla somministrazione di farmaci non conformi.

### UNA NUOVA SEDE

Progettava di aprire, dopo lo stop in Georgia, una nuova sede fuori dall'Italia dove poter continuare a curare con il suo metodo diverse malattie neurodegenerative. Le intercettazioni dimostrano come negli ultimi tempi Vannoni avesse preso contatti per individuare un luogo tranquillo: tra i Paesi presi in esame compaiono la Bielorussia, l'Ucraina e Santo Domingo. Ieri mattina sono state anche perquisite la biologa Erica Molino e la presidente di Prostamina Life, l'associazione con sede a Roma attraverso cui si reclutavano i malati.

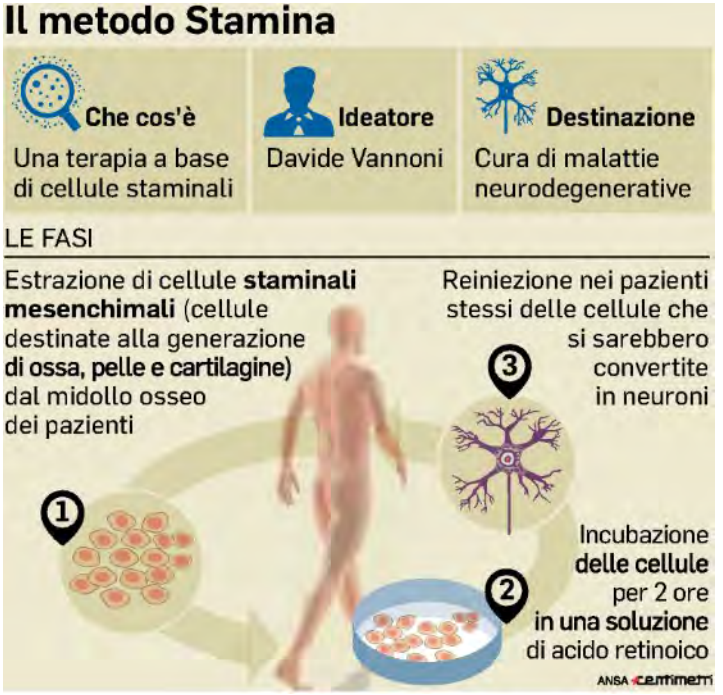
Vannoni, fondatore del metodo Stamina, nel marzo 2015 aveva patteggiato 22 mesi di carcere, sospesi con la condizionale perché incensurato. In quel caso l'accusa era stata di associazione a delinquere finalizzata alla truffa. Il patteggiamento era stato avvallato dalla procura di Torino, con l'impegno a non proseguire con la sua "cura". Quasi subito però le "infusioni" erano ripartite in Georgia dove i fautori del metodo Stamina hanno continuato a operare fino ad alcuni mesi fa. In Italia lo stop al metodo era arrivato dalle autorità giudiziarie e sanitarie, con due bocciature da parte di altrettanti comitati scientifici. Proprio questa documentazione ha portato il governo georgiano, lo scorso dicembre, alla decisione di porre fine alle attività di Vannoni.

### IL TURISMO DELLE STAMINALI

Nel corso dell'inchiesta avviata dalla procura di Torino, la vicenda era anche comparsa sulla rivista scientifica Nature, che aveva lanciato l'allarme sul cosiddetto "turismo delle staminali". Durante questi ultimi due anni, gli inquirenti hanno monitorato le attività di Vannoni in Georgia. Sembra che nello Stato dell'ex Unione Sovietica siano stati radunati centinaia di pazienti, tutti italiani e contattati nel nostro Paese. Nel caso di una nuova condanna, la sospensione della pena ottenuta da mister Stamina potrebbe essere revocata. Con lui, altre sette persone sono finite sotto inchiesta. Sempre nel capoluogo piemontese, senza però che sia coinvolto Vannoni, è in corso un processo per truffa alla Regione che in un primo momento aveva finanziato il metodo Stamina.

**Erica Di Blasi**

© 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

27-APR-2017
da pag. 21
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

# Dai colloqui di Hamer al cocktail di Di Bella I danni alla scienza dei venditori di fumo

## Bicarbonato e beveroni di erbe contro i tumori Le manifestazioni in piazza delle persone ingannate

**Il dossier**

di **Giusi Fasano**

Al gran mercato italiano della salute ci sono bancarelle che offrono di tutto di più. Prendi il male dei mali: il cancro. C'è chi propone come cura la risoluzione dei conflitti interiori, altri consigliano (e vendono, ovviamente) miscugli di farmaci e chissà che altro, qualcuno punta alla dieta vegetariana, altri ancora curano con il bicarbonato di sodio. E giù di questo passo fino al veleno degli scorpioni azzurri, ai Fiori di Bach, ai beveroni di erbe fresche... Tutto rigorosamente offerto come «alternativo», «non convenzionale», «davvero efficace».

### Gli effetti tossici

All'inizio fu Di Bella, professore di fisiologia umana dell'Università di Modena che di nome faceva Luigi e che negli anni Novanta propose al mondo il suo «cocktail» a base di farmaci, ormoni e vitamine per curare i tumori. Garantì che il suo «metodo multitrattamento» avrebbe portato a risultati prodigiosi, invece fu un disastro, come stabilirono le sperimentazioni («nessun miglioramento», «molti decessi», «effetti tossici sui pazienti») che per la prima volta furono autorizzate a furor di popolo, cioè malgrado non ci fossero risultati scientifici a giustificarle.

Quel signore con i capelli bianchi che parlava alla gente del suo «cocktail» portentoso riuscì a imporsi come una sorta di eroe popolare ostacolato dalla scienza ufficiale e dalle istituzioni. Lo sostennero movimenti di piazza, un magistrato arrivò a ordinare la cura di una paziente con il suo metodo e un sondaggio stabilì che l'85% dell'opinione pubblica era con lui. E ancora oggi, dopo le mille conferme della «non validità scientifica della terapia» e dopo la sua morte (nel 2003), ci sono pazienti che chiedono e oncologi che applicano la cura del fisiologo modenese. Per esempio la dottoressa Rita Brandi, oncologa romana che si definisce una dibelliana «ma non con i paraocchi», che giura: «A volte si può guarire» e che dice di poterlo dimostrare «con le cartelle cliniche, perché non ho paura a confrontarmi».

Sono recenti i casi delle tre giovani donne (a Padova, Rimini e Cagliari) ammalate di cancro e morte dopo aver rifiutato la chemioterapia che avrebbe potuto salvarle. Hanno invece preferito i metodi dei medici tedeschi Ryke Gerd Hamer (curare l'aspetto interiore perché l'origine del cancro sarebbe un conflitto non risolto con se stessi o un trauma psicologico) e Max Gerson (curare con la dieta a base di vitamine estratte dalle piante, da accompagnare con clisteri di caffè).

### I medici radiati

Il dottor Giuseppe Nacci, medico nucleare a Trieste, è fra i più grandi sostenitori della terapia Gerson, sospeso due volte dalla professione proprio per questo. In una recente intervista al *Corriere* spiegava che «è provato che esistono migliaia di vitamine capaci di attivare le difese immunitarie contro le cellule tumorali» e che nelle dosi giuste «quelle vitamine inducono l'apoptosi, cioè danno l'ordine di suicidio alle cellule tumorali».

Va ben al di là delle prescrizioni di Hamer, invece, la dottoressa Gabriella Mereu che cerca i conflitti interiori delle persone e le guarisce (a suo dire, naturalmente) con la forza delle sole parole che arrivano «fino all'inconscio». L'ordine dei medici di Cagliari ha deciso di radiarla ma lei si dice «vittima del sistema medico ufficiale», gira l'Italia tenendo conferenze e incontri con centinaia di pazienti che seguono ogni suo consiglio, compreso quello di infilarsi una madonnina nella vagina. «La chemioterapia è ve-le-no» scandisce ogni volta al suo pubblico, favoleggiando di guarigioni miracolose «agendo semplicemente sul terreno psichico».

Incompresi e perseguitati: i medici caduti in disgrazia per aver seguito metodi «alternativi» si definiscono sempre così. Fra loro Tullio Simoncini, radiato 11 anni fa perché curava il tumore con infusioni di bicarbonato di sodio. Anche lui, come gli altri, giura che la sua terapia funziona.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Libero Quotidiano.it

26-04-2017

Lettori
131.792

http://www.liberoquotidiano.it/

VACCINI EFFICACI E SICURI

# HpV. Le donne senza vaccino sono ben 85 volte più a rischio

In occasione della Settimana mondiale delle Vaccinazioni pubblichiamo questo commento di **Massimo Andreoni**, ordinario di malattie Infettive della facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli studi di Roma 'Tor Vergata' e p*ast president* della Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali (Simit): "Non è chiaro cosa porti le persone a non vaccinarsi, evidentemente c'è una colpa dei medici e delle strutture sanitarie nazionali che non riescono a far comprendere il reale valore di questi strumenti. Ma è grave che si sia più attenti a ciò che i mezzi di informazione riferiscono, a volte in maniera incongrua, come spesso accade su siti dalla dubbia validità giornalistica".
Simit ha già sottolineato quanto era necessario a conferma della validità, sicurezza ed efficacia della vaccinazione anti-HPV. Le considerazioni in merito agli effetti indesiderati di questa ed altre vaccinazioni e alle modalità con cui le stesse vengono rilevate, che hanno trovato ampio spazio nei media in questa occasione, necessitano tuttavia di un ulteriore commento. Una grande quantità di dati già disponibili documentano l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione e il numero limitato di effetti indesiderati, che consistono soprattutto in dolore o arrossamento nella sede di vaccinazione. Studi anche recenti non hanno osservato un aumento della incidenza di malattie autoimmuni nelle ragazze vaccinate. L'origine internazionale e l'ampiezza di questi dati rende di scarso rilievo la discussione sulle carenze ipotizzate in merito alla rilevazione degli effetti avversi a livello locale. Le vaccinazioni riguardano ogni anno migliaia di persone in ogni nazione e milioni di persone nel mondo. Ognuna di queste persone può presentare, anche poco dopo una vaccinazione, un evento clinico del tutto indipendente dalla vaccinazione stessa.

La probabilità, ad esempio, di avere un infarto non è maggiore, a parità di età e di fattori di rischio come ipertensione, dislipidemia e fumo, in una persona che si è sottoposta a una vaccinazione rispetto a una che non l'ha fatto. Sul piano dell'impatto emotivo è invece purtroppo spesso difficile convincere che 'l'evento' vaccinazione non centri. È stato calcolato che dopo aver vaccinato con un qualunque ipotetico vaccino 10 milioni di persone, siano attesi in questa popolazione 5,75 casi di morte improvvisa nell'arco delle 6 settimane successive alla vaccinazione, senza alcuna relazione causale con la vaccinazione stessa: si parla in questo caso di background rate, o tasso di sfondo. Poiché il

tasso di aborto spontaneo su un milione di gravide è di circa 397 casi al giorno, ne deriva che un pari numero di gravide su un milione di vaccinate abortirebbero il giorno dopo la vaccinazione. L'allarme potrebbe essere suscitato solo nel caso si verificasse da un numero molto più elevato di eventi rispetto all'atteso. Fino ad ora, purtroppo, sono invece state interrotte o rese inefficaci campagne vaccinali a seguito dell'osservazione di casi sporadici, addirittura in numero inferiore a quanto atteso come 'tasso di sfondo'. È accaduto ad esempio in Israele nel 2006 durante la campagna antiinfluenzale e più recentemente in Italia, ove la diffusione mediatica di un potenziale rischio su basi del tutto ingiustificate ha comportato una marcata riduzione della adesione a questa vaccinazione. Va ricordato che anche quest'anno la grande maggioranza dei casi gravi confermati di influenza e dei decessi per influenza si è verificata in persone per cui vi era indicazione alla vaccinazione e che non erano state vaccinate.

**Gli studi scientifici.** "Studi scientifici hanno dimostrato che su 8mila casi di donne vaccinate si è avuto un solo caso di lesione precancerosa. Tra quelle, stesso numero, che hanno ricevuto placebo, si sono invece registrati 85 casi di lesione precancerosa. Ottantacinque volte tanto: basterebbe questo per dimostrare la validità di questo vaccino. Eppure sono bastate poche segnalazioni di manifestazioni post vaccinali, spesso difficilmente attribuibili allo stesso, per scatenare una sorta di gogna mediatica. Il vaccino per il papilloma virus, occorre ricordarlo, è in grado di prevenire l'infezione, e di ridurre così il rischio di sviluppo del tumore dell'utero. Basti pensare che il 70 per cento dei carcinomi uterini sono dovuti a dei virus per i quali il vaccino ci immunizza".

**Gli effetti collaterali.** "Occorrerebbe invece capire – conclude Massimo Andreoni – la natura degli effetti a distanza di un vaccino. Nessuno può confermare che questi non sarebbero comunque insorti, anche senza la somministrazione. Prima di attaccare questo strumento bisognerebbe capire quale sia l'effettiva causa di quello che viene considerato un effetto collaterale. E, di conseguenza, non occorre dare notizia certa di qualcosa che non abbia alcuna validità scientifica. Gli eventi avversi alla vaccinazione sono mediamente eventi semplici: da un lieve rialzo febbrile ad un arrossamento nel punto dell'inoculazione del vaccino. Gli eventi gravi sono eccezionali, rarissimi, ma questo vale per qualsiasi somministrazione di un farmaco". (**MARTINA BOSSI**)

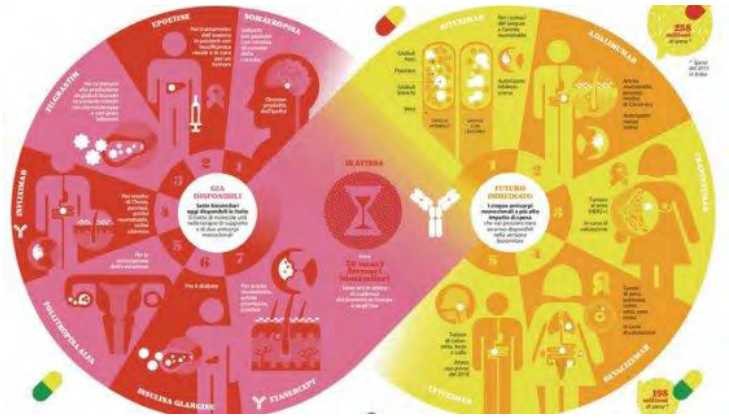
la Repubblica.it

26-04-2017

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

# I superfarmaci sempre più low cost



*Le società scientifiche raccomandano di usare i biosimilari senza paura In Italia molte regioni non incentivano i prodotti copia con gravi danni all'erario. La spesa per gli oncologici fa saltare i bilanci. Ma molti brevetti stanno scadendo. E sono in arrivo i no-brand. Più malati avranno accesso alle terapie*

di LETIZIA GABAGLIO

LA SPESA È FUORI controllo. Per i farmaci **oncologici si spendono** cifre da capogiro e la questione della sostenibilità economica delle cure contro il cancro è talmente calda da spingere alla creazione di un fondo speciale (di 500 milioni) da destinare a queste terapie. Perché se è vero che sono medicinali che hanno cambiato la storia naturale di alcuni tipi di tumore, è altrettanto vero che questa efficacia il Servizio Sanitario la paga a caro prezzo: nel 2015, i farmaci oncologici hanno pesato sulle casse dello Stato per oltre 4 miliardi, con un aumento del 7% rispetto all'anno precedente, e il trend è in crescita.

Sul tavolo di medici e tecnici, però, c'è una soluzione possibile: il brevetto di alcuni dei farmaci oncologici più costosi sta per scadere o è scaduto da poco, dando così il via all'arrivo sul mercato dei biosimilari, medicinali biologici che sono sovrapponibili a specialità biotecnologiche già autorizzate ma che non sono più protette dall'esclusività di licenza riservata alle aziende che hanno scoperto la

molecola. Sono quindi disponibili per essere prodotte da altri e rese disponibili a un prezzo inferiore, proprio come accade per i cosiddetti “generici” a cui siamo abituati da anni.
«I biosimilari rappresentano un’opportunità eccellente per avere farmaci di qualità che migliorano la sostenibilità e accessibilità dei trattamenti contro il cancro in diversi paesi», ha dichiarato Josep Tabernero, dell’European Society of Medical Oncology.

**LEGGI Oncologia, allarme sul costo dei nuovi farmaci**

Stessa opinione anche da parte dell’Associazione Italiana Oncologia Medica che, dopo aver costituito un gruppo di lavoro ad hoc, ha pubblicato un documento in cui raccomanda l’uso più ampio possibile di questi medicinali così da garantire un risparmio che può essere usato per l’acquisto di farmaci di ultima generazione. Infatti, le stime dicono che l’introduzione dei biosimilari oncologici porterà a una riduzione dei prezzi dei farmaci dal 20% al 40% a livello europeo, per un risparmio potenziale di 50-100 miliardi di euro entro il 2020. Ma il risparmio ci sarà e sarà notevole anche a casa nostra: secondo le stime di Ims, Istituto di ricerche in campo farmaceutico, l’ingresso dei nuovi biosimilari potrebbe liberare risorse fino a 460 milioni di euro l’anno.

Se guardiamo ai primi tre posti fra i principi attivi a maggior spesa nel 2015 in Italia, infatti, ci rendiamo conto che sono proprio le specialità per cui l’Agenzia Europea del Farmaco ha già autorizzato il primo biosimilare (rituximab, per la cura dei tumori del sangue) o discuterà i dossier nei prossimi mesi (trastuzumab e bevacizumab usati per diversi tipi di tumori solidi). Il primo biosimilare oncologico ad arrivare sarà quindi quello di rituximab: «un farmaco che non solo aumenta la durata della vita dei pazienti ma fa sì che questo tempo sia un tempo vissuto al meglio, perché la qualità della vita aggiunta è molto buona», spiega Fabrizio Pane, presidente della Società Italiana di Ematologia.

Gli ematologi usano già alcuni biosimilari nel trattamento complementare dei pazienti in chemioterapia - per esempio per stimolare la produzione di globuli bianchi -, ma nei prossimi mesi arriverà il primo anticorpo monoclonale biosimilare per il trattamento dei linfomi non Hodgkin, tra cui la leucemia linfatica cronica. «Con i biosimilari già in uso siamo riusciti ad abbassare i costi senza rinunciare alla qualità e alla sicurezza. Siamo convinti che sarà così anche per i farmaci che stanno per arrivare», va avanti Pane.

Qualità e sicurezza sono state negli scorsi anni al centro del dibattito su questi farmaci, ma ora la comunità scientifica è unanime nel consigliarne l’uso. A differenza dei farmaci di sintesi, facili da copiare con tecniche di chimica tradizionale, quelli biologici infatti non si possono copiare tout court: la maggior parte dei farmaci biologici è prodotta da organismi viventi, grazie a processi come la fermentazione e la purificazione, che ogni azienda sviluppa in maniera diversa. Per questo si parla di comparabilità e non di equivalenza. Per questo le agenzie regolatorie hanno messo a punto un processo di approvazione ad hoc: più breve che per un farmaco nuovo, ma comunque rigoroso. Eppure, il successo dei biosimilari varia molto – come spesso accade – da Regione a Regione. «Quello che è successo con i biosimilari assomiglia a quanto accaduto con i generici: prima c’è diffidenza poi, piano piano, entrano nell’uso comune», afferma Federico Spandonaro, presidente del Crea Sanità - Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, università di Roma Tor Vergata. Che il vantaggio ci sia, insomma, è sotto

gli occhi di tutti. «Basta vedere - aggiunge l'economista - quello che è successo in cardiologia dove con l'introduzione degli equivalenti negli ultimi 10 anni si è generato un risparmio notevole».

Il risparmio è solo una parte del lavoro. Con il gruzzolo messo da parte poi cosa si fa? Si dovrebbe aumentare il numero dei pazienti trattati, così la coperta potrebbe allungarsi. Facciamo un esempio: grazie all'introduzione del filgrastim biosimilare – somministrato a supporto del sistema immunitario nei pazienti sottoposti a chemioterapia – il numero dei pazienti trattati tra il 2006 e il 2015 è aumentato del 53%. Il valore dell'introduzione dei biosimilari va quindi guardato in maniera complessiva. Da una parte si aumenta la concorrenza, inducendo anche gli originator a diminuire i prezzi per continuare a stare sul mercato, e si abbassa quindi la spesa complessiva; dall'altra si aumenta il numero di pazienti curati.

Ma l'Italia, si sa, è lunga e stretta. E così se in Piemonte e in Valle d'Aosta la cosiddetta penetrazione dei biosimilari – cioè la fetta di mercato che hanno tolto all'originator – è di oltre il 73%, in Calabria è del 10. «Questo dipende in larga misura dalla strategia adottata a livello regionale: ci sono Regioni che hanno imposto lo switch per tutti i pazienti mentre altre lo valutano solo per quelli che devono iniziare la terapia », spiega ancora Spandonaro. Perdendo un'occasione preziosa per risparmiare senza diminuire la qualità di cura.

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

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

Il caso

# Vaccino Hpv c'entra anche l'educazione

di Graziella Melina

«I vaccini? Funzionano. Proteggono la salute in ogni fase della vita». La raccomandazione dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità, in occasione della Settimana delle vaccinazioni (fino al 30 aprile), fissa un punto scientifico sull'importanza e l'efficacia della prevenzione. In Italia, però, la recente polemica sulla necessità di una farmacovigilanza sul vaccino contro il Papilloma virus (Hpv), la cui somministrazione gratuita per le dodicenni è stata introdotta nel Piano nazionale vaccini del 2012 e viene estesa ora anche ai ragazzi grazie al Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-19, ha messo in secondo piano un aspetto da non trascurare: senza una corretta informazione sulle reali possibilità di copertura e un'adeguata educazione degli adolescenti, la vaccinazione contro l'Hpv è del tutto parziale. Il Papilloma virus si trasmette per via sessuale e ha più di 100 varianti. Ma i vaccini tuttora disponibili coprono in realtà fino al 65% delle infezioni che possono dar luogo a un tumore alla cervice uterina. I destinatari della campagna di vaccinazione gratuita, ragazze e ragazzi dodicenni, sono però spesso inconsapevoli o, peggio, male informati. «La vaccinazione – ribadisce Maria Luisa Di Pietro, dell'Istituto di sanità pubblica dell'Università Cattolica di Roma – è una forma di prevenzione importante. Nel caso del vaccino contro il Papilloma virus è da tenere presente però che, a differenza degli altri vaccini, la trasmissione dei sottotipi responsabili del cancro avviene per via sessuale. È quindi importante sottolineare che non si può risolvere il problema solo con il vaccino: le ragazze devono essere informate sul tipo di vaccinazione che stanno facendo». Senza dare nulla per scontato. «Considerato che non tutte le dodicenni hanno lo stesso sviluppo psicosessuale, l'informazione va calibrata, bisogna cercare l'assenso della minore e verificare il suo grado di consapevolezza. Vanno dati i messaggi giusti, perché ci sono forme di informazione che vanno al di là dello scambio tra i pediatri, i genitori e la ragazza. A quell'età infatti gli adolescenti si convincono che col vaccino siano totalmente protetti». L'aspetto formativo dei ragazzi resta imprescindibile: «Il compito principale nel quale inserire l'approccio alla vaccinazione – rimarca Di Pietro – è anzitutto la conoscenza di se stessi. Stiamo parlando di minorenni, non ancora coinvolte in attività sessuali e che potrebbero non essere in grado di prendere una decisione. La responsabilità dei genitori è grande». Ma la strada da percorrere è chiara: «I figli vanno educati a saper coniugare libertà, responsabilità e conoscenza di se stessi, sviluppando una propria identità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

# Rischio amianto, il testo del ministero e il giallo dell'intervento di Guariniello

## I verbali del Consiglio Superiore di Sanità: modifiche chieste dal pm nel 2013. Ma lui smentisce

**Il caso**

di **Luigi Ferrarella**

**MILANO** Da un lato due verbali del Consiglio Superiore di Sanità che nel 2013 accreditano un ruolo dell'ex procuratore aggiunto torinese nella modifica di una pagina dello «stato dell'arte» scientifico sull'amianto nel Quaderno n.15 del ministero della Salute, dall'altro lato Raffaele Guariniello che invece lo esclude. Il «giallo» affiora tra gli atti depositati in Tribunale a Milano e Verbania, attorno all'interrogativo rilevante (in tutti i processi su morti di amianto) per imputare o meno gli omicidi colposi anche agli amministratori d'impresa in carica per poco o arrivati quand'era già iniziata l'esposizione dei lavoratori all'amianto: l'aumento dell'esposizione e quindi della dose cancerogena, che per l'unanimità degli scienziati aumenta l'incidenza del mesotelioma pleurico, accelera o no anche la latenza e quindi accorcia la vita dei lavoratori? Nel Quaderno della Salute n.15 il ministero dal 2013 risponde sì: «L'aumento dell'incidenza e l'accelerazione del tempo dell'evento sono fenomeni inestricabilmente connessi. In ambito strettamente scientifico, dopo il contributo metodologico di Berry nel 2007 la discussione in merito appare definita».

Ma ora due verbali del 2013 del Consiglio Superiore di Sanità, il cui accesso negato due volte dal ministero è stato ordinato dal Tar, mostrano che quella formulazione fu adottata su richiesta del pm all'allora ministro Renato Balduzzi; in vista di processi nei quali era funzionale all'accusa; senza cambiare data (2012) al Quaderno; e all'insaputa di alcuni dei 38 autori che, pur dopo lo studio del 2007 dell'americano Berry, nel Quaderno avevano invece definito la questione ancora «oggetto di dibattito».

**Il Tar toglie il velo**
Gli atti, negati dal ministero, emersi solo dopo che il Tar ha ordinato di esibirli

### Modifiche a insaputa

Non è certo un giornale la sede dove risolvere una disputa scientifica soppesata da sentenze di diverso esito nell'incrocio tra medici, epidemiologi (come nella III Conferenza italiana sul mesotelioma pleurico che ha poi condiviso la modifica) e matematici. Qui invece si ricostruisce l'iter dello «stato dell'arte» stilato dall'organo tecnico-consultivo del ministero per come risulta dagli atti emersi su impulso di Enrico Pira, professore di medicina del lavoro a Torino e spesso consulente delle difese delle aziende nei processi di amianto (come Olivetti a Ivrea o Montedison a Mantova).

Pira è tra gli autori nel maggio-giugno 2012 del Quaderno della Salute n.15, che a pagina 41 conclude che «l'incremento della dose aumenta il rischio di sviluppo della malattia, ma è oggetto di dibattito se influenzi la durata del periodo di induzione della stessa». Nel maggio 2013 resta perciò di stucco nel leggere sul sito del ministero la pagina 41 datata sempre 2012 e attribuita agli stessi autori (tra cui alcuni ignari come lui), ma ribaltata perché dichiara la discussione ormai «definita in merito». Se ne lamenta in un processo in Appello a Brescia, ma i giudici obiettano che «non risulta alcuna iniziativa ufficiale di Pira» e che «le conclusioni rimangono quelle riportate e costituiscono rilevante riscontro della condivisione della tesi in ambito scientifico». Chiede allora l'accesso agli atti del Consiglio Superiore di Sanità, ma il ministero (dove dal 28 aprile 2013 al posto di Balduzzi, oggi al Csm, c'è Beatrice Lorenzin) lo nega il 5 aprile 2016 («L'asserita "modifica" è una riformulazione dello stesso brano») e il 6 giugno 2016, qui almeno togliendogli la firma e aggiornando la data.

Ma il 13 dicembre 2016 il Tar Lazio ordina al ministero di esibire gli atti. Sono i verbali delle sedute del 23 aprile e 3 maggio 2013 della I sezione del Consiglio Superiore della Sanità. Nella prima, l'allora presidente Giovanni Simonetti informa che il pm Guariniello, «in previsione della prossima udienza del processo Eternit a maggio», incontrando a Casale Monferrato il ministro Balduzzi (che lo conferma ieri al *Corriere*) e il dirigente Oleari (che non lo ricorda), ha chiesto «alcuni chiarimenti» sul Quaderno, specie «se ad avviso del ministero sia possibile precisare esattamente gli effettivi punti oggetto di dibattito in seno alla comunità scientifica». Simonetti affida una relazione a tre degli autori (Alessandro Marinaccio di Inail, e i prof. Benedetto Terracini e Pietro Comba, entrambi consulenti del pm e/o di parti civili), e Guariniello — stando al verbale di seduta — alla vigilia chiede «se invece di "abbreviazione della latenza" sia possibile parlare di "anticipazione del tempo all'evento"», e «se vi siano altre occasioni di discussione quali convegni di associazioni internazionali».

### Gli «ulteriori solleciti»

Il 23 aprile gli esperti non apportano modifiche. Ma nella seduta del 3 maggio Simonetti dice di «essere stato sollecitato a sottoporre all'attenzione del Consiglio ulteriori richieste di chiarimento avanzate dal dott. Guariniello»: che domanda se si possa sostituire la frase «abbreviazione della latenza» con la frase «accelerazione del tempo all'evento», e dichiarare che «in ambito strettamente scientifico, dopo il contributo metodologico di Berry nel 2007, la discussione appare chiusa». Formulazioni stavolta entrambe accolte a modifica del Quaderno del ministero, solo attutendo discussione «chiusa» in «definita». Il 13 maggio, nel processo Eternit, «solo per completezza» il pm segnala ai giudici «la precisazione al Quaderno n.15 approvata dal Consiglio Superiore di Sanità il 3 maggio 2013».

Interpellato ieri dal *Corriere*, Guariniello però risponde: «Ma figurarsi, mi sembra assurdo che io possa aver dato indicazioni scientifiche, sono molto contrario ai magistrati che fanno gli scienziati e viceversa. Ho un ricordo dell'incontro di Casale Monferrato e ritengo di aver potuto parlare della questione al convegno, ma al di là di questa doverosa richiesta di chiarimento non ho memoria di altro».

lferrarella@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 335.298
Diffusione 12/2016: 283.027
Lettori Ed. II 2016: 1.369.000
Settimanale - Ed. nazionale

FAMIGLIA CRISTIANA

Dir. Resp.: Antonio Rizzolo

30-APR-2017
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

INTERVISTA ALL'ONOREVOLE MARAZZITI

# «ORA IL MORIRE DIVENTERÀ PIÙ UMANO»

**La legge approvata alla Camera «non risolve tutti i problemi, ma prova a conciliare i diritti della persona e l'umanizzazione degli ultimi tempi di vita»**

*di* **Annachiara Valle**

Dice che è «una legge che non risolve tutti i problemi, ma che prova a conciliare i diritti della persona e l'umanizzazione degli ultimi tempi di vita, lasciando fuori sia il suicidio assistito che l'eutanasia». **Mario Marazziti,** presidente della Commissione per gli Affari sociali della Camera si è battuto per l'approvazione di alcuni emendamenti alla legge sul fine vita che evitano sia l'accanimento che l'abbandono terapeutico. Soprattutto, ha cercato di indirizzare la discussione «su un testo che non fosse costruito guardando ai casi estremi, ma pensando a tutti».

Approvata alla fine con soli 37 voti contrari, la legge ha cercato di fare sintesi tra i diversi orientamenti con un «metodo in qualche modo costituente, che ha avuto come obiettivo tutelare la vita e la salute, combattere il dolore, la sofferenza, l'isolamento e la disperazione. Accompagnando le persone, quando è tempo, a una fine dignitosa nel rispetto delle loro convinzioni profonde».

**Come avete lavorato?**

«Oltre 33 ore di votazioni in Commissione, in aula lo avete visto. Un anno di lavoro. Rispettando le emozioni di storie tragiche. Ma lasciando fuori i casi estremi. Non si fanno mai leggi buone sui casi estremi. C'era un vuoto, che in questi anni è stato riempito più volte dai giudici, sempre dalla parte dell'interruzione dei trattamenti, come la sentenza Piludu in Sardegna per staccare la respirazione».

**Che testo avete approvato?**

«La prima legge in Italia sul consenso informato – crocette da mettere in ospedale, che c'era ma non era codificato –, sulla fine della vita, sulle Disposizioni anticipate di trattamento, le Dat, e sulla pianificazione condivisa delle cure, una rinnovata alleanza medico-paziente quando entriamo in una malattia degenerativa o a esito infausto. È la mia legge? No. Non è la mia legge. In qualche misura non è la legge di nessuno. Un pezzo di Parlamento era ed è pronto per una legge sul suicidio assistito e l'eutanasia attiva. L'eliminazione del riferimento all'idratazione e alimentazione artificiali, da parte mia e colleghi prevalentemente cattolici, è stata bocciata».

**Che impostazione ha il testo?**

«Il diritto all'autodeterminazione è stato temperato, non è assoluto. Il

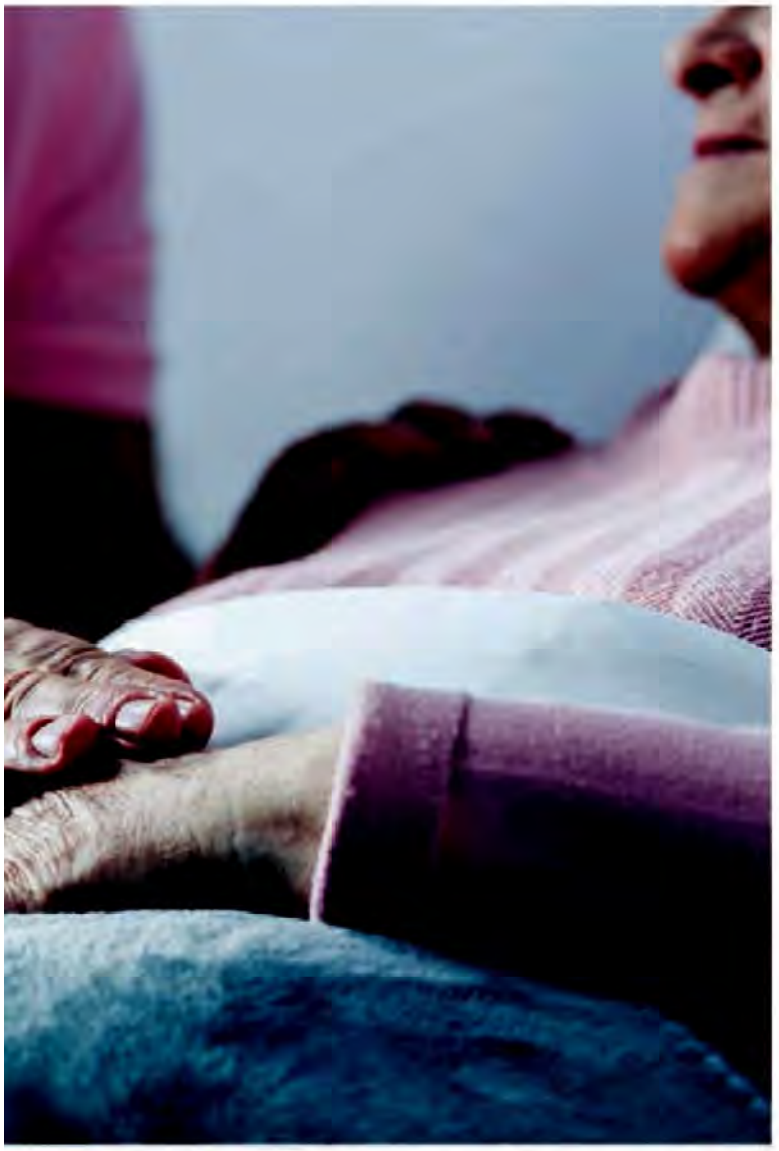
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 335.298
Diffusione 12/2016: 283.027
Lettori Ed. II 2016: 1.369.000
Settimanale - Ed. nazionale

FAMIGLIA CRISTIANA

Dir. Resp.: Antonio Rizzolo

30-APR-2017
da pag. 22
foglio 2 / 2
www.datastampa.it



**DIBATTITO INFUOCATO**
**A fianco: Mario Marazziti, presidente della Commissione Affari sociali della Camera. A destra: Piergiorgio Welby, il cui caso ha infuocato il dibattito sull'eutanasia; dj Fabo, morto per suicidio assistito in Svizzera il 27 febbraio scorso.**

medico deve rispettare le volontà delle Dat, ma il paziente non può chiedere nulla che sia contro la legge, la deontologia professionale e le buone pratiche clinico-assistenziali. In questi casi non ha obblighi professionali. Molti hanno votato contro, ma è passato. Il ruolo del medico è rientrato nel testo in più modi, senza mai prevaricare la persona. Un difficile equilibrio per un testo che è impostato sui diritti della persona. Sono contento che sia stato approvato, anche qui con il voto contrario di 5 Stelle e sinistre, l'ultimo mio emendamento, che rende le Dat vincolanti ma non gabbie che fanno del medico un esecutore di volontà: "Possono essere disattese dal medico, con il fiduciario, quando siano palesemente incongrue, non corrispondano alle condizioni cliniche attuali del paziente, o sia intervenuto un cambiamento della medicina che non era prevedibile, risolvendo molti, anche se non tutti, i problemi dell'*ora per allora* e della professionalità del medico"».

**Cos'è la "pianificazione condivisa", che poi era il cuore del disegno di legge che portava la sua firma?**

«Quando esiste una patologia cronica e invalidante, o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, la "pianificazione condivisa" supera le Disposizioni anticipate di trattamento. Così si risolve il possibile conflitto tra la volontà del malato e quella del medico su ciò che va intrapreso, fatto, non fatto o interrotto. Anche sulla linea sottile tra accanimento terapeutico ed eutanasia».

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

27-APR-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

# «È il momento di dare nuovo senso al dolore»

*L'antropologo Facchini: ponendo la scelta del paziente come un principio assoluto, la legge sulle Dat svaluta altri valori, come la vita e la missione del medico. E il consenso è ridotto a esigere ciò che si vuole*

di Fiorenzo Facchini*

La legge sulle Dat non riguarda soltanto le «disposizioni di trattamento» nel fine vita che il cittadino può indicare, ma si estende al trattamento del malato. L'orizzonte è molto più vasto. Il principio cardine della legge è infatti il rispetto del consenso informato, stabilito dall'articolo 32 della Costituzione. Questo rispetto, oltre a esprimersi nelle eventuali disposizioni di trattamento (che comunque non sono un obbligo per il cittadino), deve informare il rapporto del medico col paziente e include i vari interventi sul malato (terapie, farmaci, prestazioni del personale sanitario...). Il principio del consenso richiesto non è solo ispiratore della legge ma tende a condizionare ogni intervento, quasi che il paziente sia in grado di conoscere e decidere che cosa è più conveniente per lui. Il consenso informato viene di fatto a coincidere con la libertà di scelta delle terapie e di tutto ciò che il malato vuole. Qui si manifesta il grosso limite di una legge che sancisce come un assoluto la libertà del paziente. Libertà da chi e da che cosa? Dalle terapie necessarie o utili? Libertà di chiedere la cessazione delle cure e quindi la morte? Questo principio, se assolutizzato, comporterebbe la scelta di vivere o di morire, di lasciarsi morire o di chiedere di farla finita, scontrandosi con le finalità intrinseche della medicina e della professione medica, a cui si chiederebbe qualcosa che esorbita dai suoi scopi. Nella discussione alla Camera si è proposto di prevedere l'obiezione di coscienza per i medici e anche per le strutture ospedaliere promosse da enti religiosi. La legge ha cercato di ovviare in parte al problema limitandosi ad affermare che il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia e alle buone pratiche clinico-assistenziali (comma 7, articolo 1), precisando che in merito il medico «non ha obblighi professionali» (comma 6).

La legge si muove nella linea di evitare l'accanimento terapeutico (e su ciò la bioetica è d'accordo) ma dovrebbe essere evitato anche l'abbandono terapeutico, che assumerebbe la connotazione di abbandono eutanasico. Altro scoglio è il problema dell'idratazione e nutrizione artificiali dichiarate tout-court trattamenti sanitari e in quanto tali nella possibilità di scelta del paziente. Ma ciò non è vero in assoluto. Essi infatti possono assumere i caratteri di un trattamento sanitario quando si associano ad altre patologie, ma vi sono situazioni come negli stati di minima coscienza – in cui la nutrizione assistita rappresenta una modalità di mantenimento in vita della persona nella speranza di un risveglio o di qualche percezione di coscienza. Rifiutarla a priori, a distanza di tempo, quando non si conoscono neppure le condizioni in cui ci si può trovare, non ha senso, e diventa la scelta di un suicidio assistito che non rientra tra gli scopi della medicina, oltre a essere contro le leggi vigenti.

La norma approvata alla Camera, oltre ad abbracciare tutto l'orizzonte del rapporto medico-paziente (molto più vasto del possibile trattamento previsto da una legge sul fine vita), solleva problemi culturali molto seri. Prima di tutto il principio dell'autodeterminazione, che va riconosciuto ma non può diventare un assoluto, se non in una società in cui vengono sacrificati altri valori, quali la vita e la missione del medico. In questo quadro si ripropone, oltre al richiamo al valore della vita, il significato della sofferenza e della morte che contraddistinguono la condizione umana e richiedono una consapevolezza e una ricerca di altri valori che consentano di affrontare l'evento doloroso della fine serenamente, senza disperazione. A questo riguardo possono aprirsi gli orizzonti della visione cristiana. E' un compito particolare a cui sono sono chiamate le comunità cristiane: l'evangelizzazione della sofferenza e della morte.

***sacerdote, paleontologo e antropologo**
**professore emerito dell'Università di Bologna**
**assistente ecclesiastico**
**dell'Associazione medici cattolici di Bologna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

27-APR-2017
da pag. 38
foglio 1
www.datastampa.it

CASSAZIONE / 2

# Colpa medica con «favor rei»

Giovanni Negri ▸ pagina 38

**Cassazione.** La «vecchia» legge Balduzzi, più favorevole, si applica ai fatti verificatisi prima del 1° aprile

# Colpa medica con «favor rei»

## La nuova disciplina lascia più margini di discrezionalità ai giudici

**Giovanni Negri**
MILANO

Sulla **colpa medica** si sono strette le maglie. Tanto da rendere applicabile un classico principio del diritto penale come il *favor rei*. In altre parole, ai **fatti** verificatisi **prima del 1° aprile**, data di entrata in vigore della nuova disciplina, **si dovrà applicare la vecchia e più favorevole previsione** della legge Balduzzi, che aveva escluso la rilevanza penale delle condotte caratterizzate da colpa lieve, in tutte quelle situazioni nelle quali è possibile l'applicazione di linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. A chiarirlo è la Corte di cassazione con la notizia di decisione n. 3 del 2017, presa dalla quarta sezione penale nell'udienza del 20 aprile scorso.

Le motivazioni saranno note solo tra qualche tempo, ma intanto è già possibile osservare come, a una primissima valutazione, la Cassazione ha proceduto a un confronto tra le norme penali che si sono succedute nel tempo per disciplinare la medesima fattispecie, quella della colpa medica. A dire la verità, la Corte, sentenza n. 16140 della medesima Sezione, aveva avuto modo di sottolineare come l'entrata in vigore della legge 24 del 2017 «assume rilievo nell'ambito del giudizio di rinvio, posto che la Corte di appello, chiamata a riconsiderare il tema della responsabilità dell'imputato, dovrà verificare l'ambito applicativo della sopravvenuta normativa sostanziale di riferimento, disciplinante la responsabilità colposa per morte o lesioni personali provocate da parte del sanitario. E lo scrutinio dovrà specificamente riguardare l'individuazione della legge ritenuta più favorevole, tra quelle succedutesi nel tempo, da applicare al caso di giudizio, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2, comma 4, Codice penale, secondo gli alternativi criteri della irretroattività della modificazione sfavorevole ovvero della retroattività della nuova disciplina più favorevole».

Adesso, il nuovo articolo 590 sexies, che la notizia di decisione considera applicabile solo a fatti successivi al 1° aprile, prevede che se l'evento dannoso si è «verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

Una formulazione che sembra lasciare margini di discrezionalità più ampi all'autorità giudiziaria rispetto alla situazione precedente. Starà infatti al giudice valutare, situazione per situazione, l'adeguatezza delle linee guida al caso concreto. Si è poi circoscritta la limitazione di responsabilità alle sole condotte rispettose delle linee guida caratterizzate da imperizia. Una soluzione che appare dissonante rispetto alle aperture fatte dalla stessa Cassazione sui margini applicativi della legge Balduzzi. Con il forte rischio che, per effetto di un confine assai esile tra le varie ipotesi di colpa, l'accusa punti a trasformare casi di imperizia in imputazioni per negligenza e imprudenza. Ipotesi nelle quali non scatta l'esenzione per aderenza alle linee guida.

Un esempio di questo orientamento della Cassazione più favorevole ai medici e che ora potrebbe uscire compromesso o limitato? La recente sentenza n. 23283 del 2016, con la quale venne stabilito che la limitazione di responsabilità della legge Balduzzi poteva essere prevista anche in caso di un'accusa di omicidio colposo, per errori caratterizzati da profili di colpa generica diversi dall'imperizia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

▶ CONFLITTI D'INTERESSI

# L'Agenzia del farmaco chiede soldi alle aziende che deve controllare

## L'Ema, che deve lasciare Londra dopo la Brexit, dipende dai contributi dell'industria per ben l'82% Per portarla a Milano, il governo ha richiamato l'ex ministro montiano Moavero e ha pronti 50 milioni

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ Un centinaio di esperti coordinati dal giurista Enzo Moavero Milanesi, già ministro agli Affari europei nei governi Monti e Letta, sta cercando di portare a Milano l'Agenzia europea del farmaco (Ema, acronimo di European medicines agency), attualmente a Londra ma costretta a trovare nuova collocazione dopo l'uscita della Gran Bretagna dall'Unione europea (Brexit). Nell'impresa di strappare l'ambita sede a concorrenti quali Irlanda, Svezia, Austria, Ungheria, Malta, Spagna, Danimarca, Germania e Finlandia, la task force ha a disposizione 50 milioni di euro stanziati dal governo italiano. Docente di diritto dell'Unione europea alla Luiss di Roma, Moavero Milanesi è stato nominato da Gentiloni suo consigliere per sostenere la candidatura di Milano, offrendo strutture adeguate e servizi efficienti nell'area ex Expo. Vincere la sfida non sarà facile. Tutto si deciderà il prossimo giugno.

*L'organismo impiega 900 persone e ne attira 36.000 l'anno. Lo dirige l'italiano Guido Rasi*

Responsabile della valutazione scientifica, della supervisione e del controllo di sicurezza dei medicinali per uso umano e veterinario nei 28 Paesi Ue, l'Ema esiste dal 1995, impiega circa 900 persone, dispone per il 2017 di un budget di 322 milioni di euro e per le sue riunioni attira ogni anno circa 36.000 tra esperti e scienziati, secondo recenti stime del *Financial Times*. Direttore esecutivo fino al 2020 è il microbiologo italiano Guido Rasi, padovano, ex numero uno dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). «Con il tempo, l'Ema è divenuta un ente che assomma molti poteri», ha dichiarato Silvio Garattini, fondatore e direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri. «Infatti, deve preparare per ogni farmaco il foglietto illustrativo, il bugiardino, ed è dotata di un sistema di "consigli scientifici" o Scientific advices attraverso cui tutte le ditte, pagando, possono ottenere consiglio sulle modalità con cui condurre gli studi sperimentali e clinici necessari per l'approvazione del farmaco».

Garattini ricorda che l'Agenzia «si occupa anche degli "appelli" nel caso in cui la ditta farmaceutica avesse obiezioni circa le decisioni prese, e ha pure il compito di modificare i foglietti illustrativi nel caso in cui si evidenziassero forme di tossicità e perfino revocare l'autorizzazione alla commercializzazione del farmaco». Compiti che spesso rappresentano conflitti di interessi, «come pure non è accettabile il fatto che il bilancio dell'Ema dipenda dai contributi dell'industria farmaceutica per ben l'82%. Sarebbe meglio, per mantenere l'indipendenza, che venisse finanziata da fondi pubblici», auspica l'esperto italiano in chemioterapia e farmacologia.

**CONSIGLIERE** Enzo Moavero Milanesi

Vediamo di capire come funziona questo organismo dagli enormi poteri e che molti Paesi vorrebbero in casa, nell'interesse soprattutto di università, ricercatori, aziende informatiche e farmaceutiche. Tutti i prodotti medicinali per uso umano e animale derivanti dalle biotecnologie e da altri processi tecnologici di avanguardia, devono essere approvati mediante procedura centralizzata dall'Ema. Lo stesso vale per i medicinali per uso umano destinati al trattamento delle infezioni da Hiv/Aids, del cancro, del diabete, delle malattie neurodegenerative e rare. Le valutazioni dell'Agenzia vengono utilizzate dalla Commissione europea per decidere se autorizzare l'immissione in commercio di un medicinale, quindi sono di vitale importanza per una società farmaceutica interessata a commercializzare un prodotto.

Con due organismi tecnici, il Chmp, comitato per i medicinali per uso umano e il Cvmp riguardante i prodotti per gli animali, l'Ema dispone anche di gruppi di lavoro (*working party*) che hanno il compito di aiutare i comitati tecnici. Nel 2001 è stato istituito il comitato per i «medicinali orfani» (Comp), incaricato di esaminare le domande concernenti farmaci per malattie rare. Il comitato per i medicinali a base di erbe (Hmpc) fornisce dal 2004 pareri scientifici sui medicinali tradizionali a base di erbe. Gestita da un consiglio di amministrazione composto da rappresentanti degli Stati e da membri nominati dalla Commissione europea, l'Agenzia afferma che i componenti del consiglio e dei comitati scientifici, «gli esperti e il personale non devono avere interessi economici o di altro tipo nel settore farmaceutico che potrebbero comprometterne l'imparzialità. Membri ed esperti dichiarano ogni anno i loro interessi finanziari. Queste informazioni sono di pubblico dominio».

*Prepara il foglietto illustrativo per ogni prodotto a uso umano o veterinario*

Gli attuali esperti italiani sono 168, tutti nominati dall'Aifa, selezionati in base alla competenza e possono essere coinvolti nel lavoro dell'Agenzia per quanto riguarda autorizzazioni, supervisione nei prodotti medicinali per uso umano o veterinario. Di cosa vive l'Ema? Principalmente dei tributi versati dalle società farmaceutiche per farsi esaminare e approvare i medicinali. L'Agenzia europea chiede loro di corrispondere diritti «adeguati ogni anno in linea con l'inflazione», precisano sul sito. Quest'anno arriveranno più di 285 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

quotidianosanità.it

Mercoledì 26 APRILE 2017

# Italiani. Nel 2065 saremo 7 milioni di meno. E il Sud si "spopola"

L'Istat ha fatto le sue previsioni sul trend dei residenti in Italia a medio e lungo termine. Nel 2045 dovremmo scendere dagli attuali 60,7 milioni a 58,6 per crollare a 53,7 milioni nel 2065. Le future nascite non riusciranno a colmare il vuoto lasciato dai futuri decessi con un saldo negativo di 300/400mila unità in meno all'anno. La diminuzione dei residenti riguarderà poi soprattutto il Meridione dove risiederà solo il 29% degli abitanti contro il 34% attuale. IL RAPPORTO.

La popolazione residente attesa per l'Italia è stimata pari, secondo lo scenario mediano, a 58,6 milioni nel 2045 e a 53,7 milioni nel 2065. La perdita rispetto al 2016 (60,7 milioni) sarebbe di 2,1 milioni di residenti nel 2045 e di 7 milioni nel 2065. Tenendo conto della variabilità associata agli eventi demografici, la stima della popolazione al 2065 oscilla da un minimo di 46,1 milioni a un massimo di 61,5. La probabilità di un aumento della popolazione al 2065 è pari al 7%.

Nello scenario mediano, mentre nel Mezzogiorno il calo di popolazione si manifesterebbe lungo l'intero periodo, per il Centro-nord, superati i primi trent'anni di previsione con un bilancio demografico positivo, un progressivo declino della popolazione si compierebbe soltanto dal 2045 in avanti. La probabilità empirica che la popolazione del Centro-nord abbia nel 2065 una popolazione più ampia rispetto a oggi è pari al 31%, mentre nel Mezzogiorno è pressoché nulla.

Appare dunque evidente uno spostamento del peso della popolazione dal Mezzogiorno al Centro-nord del Paese. Secondo lo scenario mediano, nel 2065 il Centro-nord accoglierebbe il 71% di residenti contro il 66% di oggi; il Mezzogiorno invece arriverebbe ad accoglierne il 29% contro il 34% attuale.

Le future nascite non saranno sufficienti a compensare i futuri decessi. Nello scenario mediano, dopo pochi anni di previsione il saldo naturale raggiunge quota -200 mila, per poi passare la soglia -300 e -400 mila unità in meno nel medio e lungo termine.

La fecondità è prevista in rialzo, da 1,34 a 1,59 figli per donna nel periodo 2016-2065 secondo lo scenario mediano. Tuttavia, l'incertezza aumenta lungo il periodo di previsione. L'intervallo di confidenza proiettato al 2065 è piuttosto alto e oscilla tra 1,25 e 1,93 figli per donna.

La sopravvivenza è prevista in aumento. Entro il 2065 la vita media crescerebbe fino a 86,1 anni e fino a 90,2 anni, rispettivamente per uomini e donne (80,1 e 84,6 anni nel 2015). L'incertezza associata assegna limiti di confidenza compresi tra 84,1 e 88,2 anni per gli uomini e tra 87,9 e 92,7 anni per le donne.

Nella stima della popolazione residente attesa per l'Italia un contributo determinante è esercitato dalla previsione delle migrazioni con l'estero. Il saldo migratorio con l'estero è previsto positivo, essendo mediamente superiore alle 150 mila unità annue (133 mila l'ultimo rilevato nel 2015) seppure contraddistinto da forte incertezza. Non si esclude l'eventualità, ma con bassa probabilità di concretizzarsi, che nel lungo termine esso possa diventare negativo.

Fonte: Istat