Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

06-NOV-2015
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

IL CASO I GOVERNATORI APPROVANO IL PIANO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

«A scuola solo gli alunni vaccinati»

ROMA. Obbligo di vaccinazione come requisito per le iscrizioni a scuola. E sanzioni, sentiti gli ordini professionali, per i medici che non seguono le linee guida. Sono tra i punti chiave del piano nazionale vaccini approvato dai presidenti delle Regioni (ma non dalla conferenza Stato-Regioni) dopo che il dicastero dell'Economia ne ha chiesto un rinvio legato alla copertura economica. Naturalmente l'obbligatorietà delle vaccinazioni per potersi iscrivere a scuola, dovrà essere regolata da un «aggiornamento» della normativa. «Tale percorso – si legge nel testo del piano vaccini del ministero della Salute – sarà approfondito garantendo, peraltro, la protezione degli individui e delle comunità, con misure correlate, come, ad esempio, l'obbligo di certificazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico». E sul punto il capogruppo Pd in commissione affari sociali della Camera, Donata Lenzi, ritiene più praticabile l'ipotesi di limitare l'obbligo di vaccinazione solo per asili nido e scuole materne.

PER INTRODURRE le misure, si legge ancora nel piano vaccini, sarà necessario anche un controllo continuo «delle possibili violazioni del supporto alla pratica vaccinale e dell'offerta attiva delle vaccinazioni da parte dei medici e del personale sanitario dipendente e convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli ordini professionali e delle associazioni professionali e sindacali che possano portare anche all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali se se ne ravvisa l'opportunità».

PROFILASSI Il ministro della Salute Lorenzin accompagna i figli alla vaccinazione

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-NOV-2015
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

MA SERVE UNA LEGGE

"A scuola solo chi è vaccinato" Sì delle Regioni

Paolo Russo A PAGINA 19

Senza vaccini niente scuola Primo sì, ma serve una legge

Dal governo 300 milioni per allargare l'offerta gratuita

I punti salienti

Varicella
Fa parte dei vaccini che sono ancora a pagamento, diventerà gratuito dal 2016

Sanzioni
Sono previste per i medici che sconsigliano le madri dal vaccinare i figli, ignorando le evidenze scientifiche

Obbligate
Tetano, difterite, anti-polio ed epatite B: i vaccini che potrebbero diventare obbligatori per entrare a scuola

I precedenti
L'obbligo di vaccinazione per la scuola è stato abrogato 16 anni fa, ma non si ricorda il caso di un bambino tenuto fuori da scuola perché senza vaccino

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Una raffica di vaccini in più da passare gratuitamente a bambini e anziani, niente iscrizione a scuola per chi non ha fatto almeno le vaccinazioni obbligatorie, possibilità di sanzionare i medici che ignorando le evidenze scientifiche si ostinino a sconsigliare le mamme di immunizzare i figli. Sono i punti cardine del nuovo piano vaccinazioni 2016-2018 che ieri ha incassato il via libera delle regioni in attesa di quello dell'Economia, che vuole ancora vederci chiaro sui costi. Circa 300 milioni in più che serviranno a finanziare le vaccinazioni che, d'ora in avanti, tutte le regioni dovranno passare gratuitamente ai propri assistiti. Le new entry nel paradiso della gratuità sono: il vaccino contro il papilloma virus anche per i maschietti tra i 12 e i 18 anni; l'anti-meningococco b per i bambini ai primi mesi di vita; l'antipneumococcico, che immunizza gli ultrasessantacinquenni da polmoniti e meningiti; l'anti erpes zoster; il vaccino contro la varicella, che oggi alcune regioni continuano a far pagare e che va fatto al 15° mese di vita, con richiami al sesto anno e tra i 12 e i 18 anni.

Ma le novità destinate a far discutere sono quelle che riguardano l'obbligo di presentare i certificati vaccinali per iscrivere i figli all'asilo o alle elementari e le sanzioni ai medici. Nulla di automatico, ci tengono a precisare dal Ministero della salute, perché per il ritorno all'obbligo di vaccinazione a fini scolastici, abrogato 16 anni fa, servirà una nuova legge, mentre la sanzioni ai medici "obiettori" sono solo ipotizzate dopo accertamenti e opere di dissuasione varie. Ma il Piano al punto 4 del capitolo iniziale sugli scopi del documento parla chiaro: «potrà essere generata una normazione aggiornata, garantendo peraltro la protezione degli individui e della comunità con misure correlate, come ad esempio l'obbligo di certificazione dell'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico». Un vincolo che scatterebbe quindi con una legge ad hoc e solo per le vaccinazioni obbligatorie: difterite, tetano, anti-polio ed epatite B.

Sulle sanzioni invece il testo specifica che «saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli ordini professionali e delle associazioni sindacali, che potranno portare all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali, qualora ne venga ravvisata l'opportunità». «Da quel che mi risulta – chiarisce Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di sanità e tra gli estensori del Piano- molti ordini provinciali dei medici sono d'accordo a comminare sanzioni disciplinari dopo aver fatto opera di convincimento, mentre a fine percorso anche le Asl potrebbero recidere i contratti di medici e pediatri che si rifiutano di somministrare i vaccini». Una linea dura adottata per affrontare il crollo delle vaccinazioni, con quelle obbligatorie scese sotto la soglia di sicurezza del 95%, mentre ad immunizzarsi dalla varicella ci pensa oramai meno del 36% dei giovani.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

06-NOV-2015
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La scelta

Scuola vietata agli alunni non vaccinati

Sì delle Regioni ma serve una legge Il Mef sul piano prende tempo per i fondi

I nodi
In forse le sanzioni ai medici dibattito aperto con ordini e sindacati

Elena Romanazzi

Via libera a metà al piano nazionale dei vaccini. I governatori delle Regioni pur con qualche mugugno hanno detto di sì. Alla fine si erano convinti dell'importanza di fermare il calo di vaccinazioni dei piccoli ma anche dei grandi. Ma a tirare il freno a mano ci ha pensato il Mef. Questioni di copertura economica, ovviamente. Serve tempo per analizzare - così il sottosegretario all'Economia Pier Paolo Baretta - il testo. Ne parleremo col ministero della Salute per condividere la relazione tecnica e pensiamo di concludere positivamente entro la prossima conferenza straordinaria». Sarà. Ma doveva essere il giorno dell'atteso via libera dopo le tante polemiche per il contenuto del piano. Due i punti sui quali si è acceso il dibattito: l'obbligo di vaccinazione per le iscrizioni a scuola e le sanzioni, con la collaborazione degli ordini professionali, per i medici che non dovessero seguire le indicazioni. Questo aspetto che ha sollevato non poche polemiche in realtà segue un percorso particolare. La sanzione è piuttosto remota e segue audit e confronti con ordini, associazioni, sindacati.

Per la scuola, nel testo discusso ieri durante la conferenza delle Regioni, si fa specifico rimando ad una normativa ad hoc. D'altronde le perplessità vengono proprio dal Pd. Donata Lenzi, capogruppo dei democrat in Commissione affari sociali avverte: «Le decisioni in materia di vaccinazioni devono essere informate e prudenti, credo che sia più utile imporre l'obbligo per chi frequenta gli asili nido e le scuole materne, è necessario che il piano chiarisca quali vaccinazioni siano necessarie nel primo anno di vita».

L'intesa sul pacchetto arriverà, con molta probabilità, nel corso della prossima conferenza Stato-Regioni. Almeno questo è l'auspicio del ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Si tratta di reperire le risorse, dal momento che il piano costa 300 milioni di euro, comunque non pochi di fronte ad un aumento del fondo sanitario nazionale di un miliardo. «È un piano molto ambizioso, contiene vaccini ulteriori, ci vorrà tempo per la piena applicazione», spiega il coordinatore degli assessori alla Sanità, l'emiliano Sergio Venturi. «Abbiamo proposto, e il ministero è d'accordo, un tavolo di monitoraggio tra Regioni e ministero della Salute. Ora si tratta di applicare il Piano, valutando gli aspetti economici e le priorità da raggiungere».

Gli obiettivi del piano sono ambiziosi. Mantenere lo stato polio-free, raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free, garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio. Aumentare l'adesione consapevole (attraverso campagne ad hoc), contrastare le disuguaglianze, completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili, promuovere nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni. E ancora, attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di casualità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo e favorire la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

La media nazionale di vaccinazione dei piccoli è scesa sotto la quota del 95 per cento. Non arriva invece all'87% (in Campania è a quota 83,66) il dato relativo alle vaccinazioni per morbillo, rosolia e parotite. Ed è indispensabile, numeri alla mano, invertire il trend.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

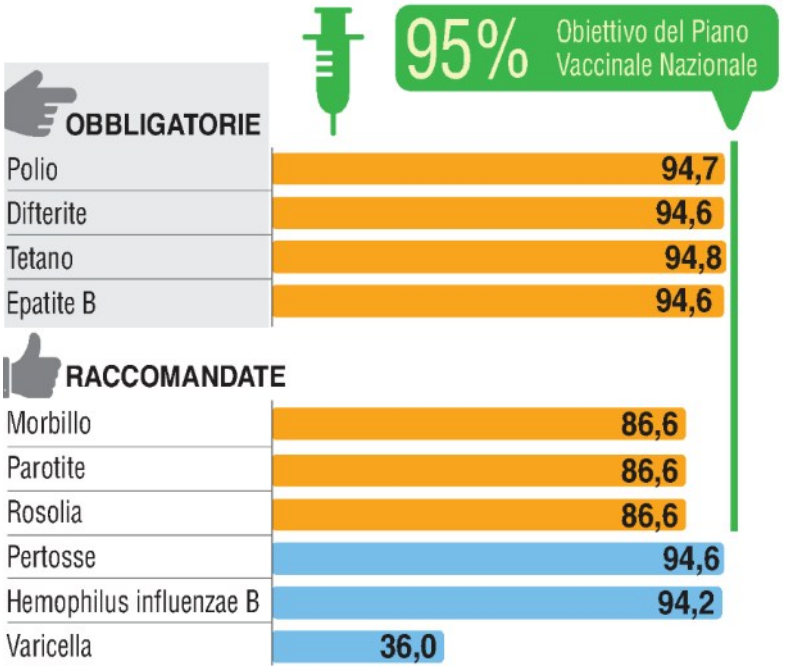
IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

06-NOV-2015
da pag. 10
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

La copertura nel 2014

Percentuale di soggetti vaccinati sul totale dei candidati alla vaccinazione



Il Miur

«Mai impedito l'ingresso nelle classi»

Mai, finora, l'assenza di un vaccino ha condizionato l'iscrizione a scuola. Lo sottolineano al ministero dell'Istruzione. Fino a metà degli anni '90 le famiglie dovevano presentare alle segreterie scolastiche il libretto delle vaccinazioni o una sua fotocopia. Negli anni successivi si è passati all'autodichiarazione nei modelli cartacei di iscrizione degli alunni. Con l'avvento delle iscrizioni on line il dato relativo alle vaccinazioni è sparito perché sensibile.

Il caso

«Quello contro il papilloma non dà rischi»

Il vaccino contro il papillomavirus umano (HPV), già ricevuto in tutto il mondo da oltre 80 milioni di ragazze per la protezione dal cancro al collo dell'utero, è sicuro. La conferma viene dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) che ha concluso una revisione del profilo di sicurezza relativamente alle segnalazioni di due patologie: la sindrome da dolore regionale complesso (CRPS), ovvero una condizione di dolore cronico agli arti, e la sindrome da tachicardia posturale ortostatica (POTS), in cui la frequenza cardiaca aumenta se ci si siede o ci si alza, causando vertigini e svenimento.

La revisione dei vaccini HPV è stata avviata il 9 Luglio 2015 su richiesta della Danimarca. Tuttavia, secondo Ema, le segnalazioni di CRPS e POTS dopo la vaccinazione HPV «sono coerenti con quello che ci si aspetterebbe in questa fascia di età».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tiratura: 209.628 Diffusione: 145.930

Il Messaggero

Quotidiano

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 06-11-2015
Pagina 1+19
Foglio 1 / 2

La novità

Vaccinati a scuola L'ok delle Regioni

Laura Mattioli

Il Piano nazionale di vaccinazioni 2016-2018, presentato dal ministero, ha ricevuto il sì delle Regioni.

A pag. 19

In classe solo col vaccino, sì delle Regioni

▶Primo via libera al Piano 2016-2018, ma serve una norma Trattativa con il governo per trovare i 300 milioni necessari

▶Resta sul tappeto il nodo della responsabilità dei medici anti-immunizzazione per i quali si ipotizzano sanzioni

LA RIFORMA

ROMA Il Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2016-2018, presentato dal ministero e dall'istituto superiore della sanità, ha ricevuto il sì delle Regioni. Ad annunciare il primo via libera è stato il presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino, il quale ha però chiarito che il parere favorevole è condizionato all'apertura di un tavolo con il Governo per stabilire priorità e sostenibilità finanziaria. Tradotto in moneta: per mettere in pratica il nuovo piano occorrono 300 milioni di euro. Una cifra che servirebbe ad ampliare l'offerta delle vaccinazioni per bambini e adulti, inserire nei livelli essenziali di assistenza il calendario vaccinale aggiornato e attivare una campagna che sia utile a medici e famiglie per combattere paure e disinformazione.

SCUOLA E MEDICI

Il sì arrivato ieri, apre di fatto la strada alla possibilità di vietare l'ingresso a scuola ai bambini che non abbiano fatto tutte le vaccinazioni previste dal calendario. Ma, come si legge nel testo approvato dalla Conferenza delle Regioni, dovrà essere eventualmente regolato da una «normativa aggiornata» che garantisca la protezione degli individui e delle comunità, con misure correlate, come, ad esempio, l'obbligo di certificazione dell'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico». E riapre anche la questione spinosa della responsabilità dei medici che non supportano l'immunizzazione. Il piano vaccini riposta infatti le possibili sanzioni ai medici così come previsto nella bozza iniziale. Il testo parla infatti di una «ricognizione continua delle possibili violazioni del supporto alla pratica vaccinale» e per questo «saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli Ordini professionali e delle associazioni professionali e sindacali che possano portare anche all' adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali».

IL RINVIO

Proprio perché la questione è complessa il Piano nazionale vaccini 2016-2018, ha subito una battuta d'arresto alla Conferenza Stato-Regioni, dove è approdato ieri pomeriggio. La richiesta di rinviare il parere è arrivata dal sottosegretario all'Economia, Pierpaolo Baretta, a nome del ministero dell'Economia e delle Finanze. «La richiesta di rinvio è motivata da ragioni tecniche - ha spiegato Baretta -. Il testo è complesso e il tempo per analizzarlo è stato scarso. Ne parleremo col ministero della Salute per condividere la relazione tecnica e pensiamo di concludere positivamente entro la prossima conferenza straordinaria».

«È un piano molto ambizioso, contiene vaccini ulteriori, ci vorrà tempo per la piena applicazione», ha spiegato il coordinatore degli assessori alla Sanità, l'emiliano Sergio Venturi. «Abbiamo proposto, e il ministero è d'accordo, un tavolo di monitoraggio tra Regioni e ministero della Salute. Ora si tratta di applicare il Piano, valutando gli aspetti economici e le priorità da raggiungere». Già nei giorni scorsi Venturi aveva sottolineato che sull'obbligatorietà delle vaccinazioni per chi va a scuola la parola spetta al Parlamento e ribadiva come il passaggio previsto nel piano non sia «una norma, ma definisce uno scenario».

Laura Mattioli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 41.924
Diffusione 08/2015: 25.893
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

06-NOV-2015
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

Il direttore del dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità

«Le complicanze influenzali fanno 8.000 morti all'anno»

Ogni anno «si verificano 3,5-6 milioni di casi di influenza in Italia. Ma nel nostro Paese sta montando un'ondata di scetticismo e di paura nei confronti dei vaccini. Infatti la copertura vaccinale, in particolare degli anziani, è al di sotto del 50%: un livello raggiunto solo alla fine degli anni '90». Lo spiega Gianni Rezza, direttore del Dipartimento Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, che spiega: «Il vaccino è un salvavita. Ogni anno si verificano diverse centinaia di morti attribuite direttamente all'influenza, ma stimiamo anche che 7-8 mila persone muoiano per conseguenze e complicanze di questa infezione».

Nel frattempo lo scetticismo si moltiplica e anche alcuni anziani vi rinunciano, convinti ormai di essere in grado di difendersi da soli. «Gli anziani in particolare è bene che si vaccinino: più si è in avanti con l'età - ricorda Rezza - maggiore è il rischio di complicanze come polmoniti e broncopolmoniti. L'anno scorso la stagione di attività è stata intensa per i virus influenzali, per cui ci siamo avvicinati a 6 milioni di casi, in parte perché il vaccino non copriva tutti i ceppi a causa di una mutazione all'ultimo momento, e in parte perché ci sono stati falsi allarmi: due persone anziane decedute dopo la vaccinazione, ma non per sua causa». Un'altra categoria vulnerabile sono le donne in gravidanza.

Il problema è la diffidenza. «Sui vaccini circolano molte voci, anche su Internet: dai tumori sul famigerato squalene al presunto rischio di indebolire il sistema immunitario». Per Rezza «sono favole, falsi miti che circolano soprattutto sul web. Bisogna combatterli con l'informazione». Lo squalene «ha un brutto nome, ma è un adiuvante usato su 50-60 milioni di persone che si è rivelato sicuro. Serve a rinforzare le risposte immunitarie, non certo a indebolirle», precisa l'esperto dell'Iss. «E gli stessi vaccini servono a rinforzare le nostre risposte immunitarie, non certo a indebolirle. È molto bassa l'incidenza di reazioni avverse ai vaccini, che sono per lo più locali come pomfi, arrossamenti e in alcuni casi qualche linea di febbre. Per il vaccino antinfluenzale le reazioni sono molto rare», assicura Rezza.

Esperto Il direttore del dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore Gianni Rezza

INFLUENZA E PSICOSI
Senza vaccino non si entra a scuola

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Vaccini Hpv, per l'Ema nessun rischio di rare sindromi dolorose e cardiovascolari

05 novembre 2015

Le ragazze che si vaccinano contro l'Hpv, lo Human Papilloma Virus, non corrono nessun rischio di sviluppare due rare sindromi per le quali c'erano state delle sporadiche segnalazioni. Lo ha stabilito il PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee), cioè il comitato per la valutazione della farmacovigilanza dell'Ema che ha completato una revisione scientifica dettagliata degli elementi di prova relativi alla segnalazioni di due sindromi, sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS) e sindrome di tachicardia posturale ortostatica (POTS) nelle giovani donne cui è stato somministrato uno dei due vaccini contro l'Hpv.

Questa revisione degli esperti europei ha concluso che le evidenze disponibili non supportano un nesso di causalità tra i vaccini (Cervarix, Gardasil / Silgard e Gardasil-9) e lo sviluppo di CRPS o POTS. Pertanto, non vi è alcun motivo di cambiare il modo in cui vengono utilizzati i vaccini o modificare l'attuale informazioni sul prodotto.

La CRPS è una sindrome di dolore cronico che colpisce un arto, mentre POTS è una condizione in cui la frequenza cardiaca aumenta anormalmente sia seduti o in piedi, insieme con sintomi quali vertigini, svenimenti e debolezza, così come mal di testa, dolori e dolori, nausea e stanchezza . In alcuni pazienti possono compromettere seriamente la qualità della vita. Le sindromi sono riconosciuti a verificarsi nella popolazione generale, tra cui gli adolescenti, a prescindere dalla vaccinazione.

Il PRAC ha accuratamente esaminato le ricerche pubblicate, i dati provenienti da studi clinici e segnalazioni di sospetti effetti collaterali da pazienti e operatori sanitari, così come i dati forniti dagli Stati membri dell'Unione Europea. Ha consultato anche un gruppo di importanti esperti del settore, e ha preso in considerazione le informazioni dettagliate ricevute da un certo numero di gruppi di pazienti che ha inoltre evidenziato l'impatto che tali sindromi possono avere sui pazienti e le famiglie.

I sintomi di CRPS e POTS possono sovrapporsi con altre condizioni, rendendo difficile la diagnosi sia nella popolazione generale e gli individui vaccinati. Tuttavia, le stime disponibili suggeriscono che nella popolazione generale circa 150 ragazze e giovani donne di età compresa tra 10 per milione a 19 anni possono sviluppare

CRPS ogni anno, e almeno 150 ragazze e le giovani donne per milione possono sviluppare POTS ogni anno.

La revisione non ha trovato prove che i tassi complessivi di queste sindromi nelle ragazze vaccinate erano diversi dai tassi attesi in questi gruppi di età, anche tenendo conto della possibile sottostima. Il PRAC ha notato che alcuni sintomi di CRPS e POTS possono sovrapporsi con sindrome da stanchezza cronica (CFS, noto anche come encefalomielite mialgica o ME). Molti dei rapporti considerati nella revisione hanno caratteristiche di CFS e alcuni pazienti avevano diagnosi di entrambi i POTS e CFS. I risultati di un ampio studio pubblicato che hanno mostrato alcun legame tra il vaccino HPV e CFS erano quindi particolarmente rilevante.

Il PRAC concluso che le prove disponibili non supportano il fatto che CRPS e POTS siano causati dai vaccini HPV. Pertanto non vi è alcun motivo di cambiare il modo in cui vengono utilizzati i vaccini o modificare l'attuale informazioni sul prodotto.

La revisione ha riconosciuto che più di 80 milioni di ragazze e donne di tutto il mondo hanno finora ricevuto questi vaccini, e in alcuni paesi europei che sono stati dati al 90% del gruppo di età consigliata per la vaccinazione. L'uso di questi vaccini è previsto per prevenire molti casi di cancro cervicale (tumore del collo dell'utero, che è responsabile di decine di migliaia di morti in Europa ogni anno) e vari altri tipi di cancro e le condizioni causate da HPV. I benefici dei vaccini HPV continuano quindi a superare i rischi. La sicurezza di questi vaccini, come con tutti i farmaci, continuerà ad essere attentamente monitorati.

Le raccomandazioni del PRAC saranno ora trasmessi al comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) per l'adozione della posizione finale dell'Agenzia. Le prove a sostegno della revisione PRAC verrà pubblicato in una relazione di valutazione a seguito del parere del CHMP.

[chiudi questa finestra]

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

06-NOV-2015
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Brevi

CANCRO AL SENO
Scoperto meccanismo che aiuta la malattia

Alcuni meccanismi che influenzano la crescita cellulare della ghiandola mammaria possono essere alla base della formazione del tumore al seno, la neoplasia più diffusa nella donna. La scoperta è stata fatta dal gruppo di ricerca sulla proliferazione cellulare dell'Università di Udine, coordinato da Claudio Brancolini, del Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, e ha guadagnato la copertina nel numero di novembre della rivista scientifica internazionale *Journal of Cell Science*.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 41.924
Diffusione 08/2015: 25.893
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

06-NOV-2015
da pag. 21
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Speciale Salute

Nuova vita quasi gratis dopo il tumore al seno

Progetto pilota a Roma con Beautiful Abc, Susan G. Komen e Iris
Con la Wellbeing card, estetica, fisioterapia, palestre e viaggi scontati

Le testimonianze di «Segni»
Interviste di Rita Dalla Chiesa
con 3 donne che hanno vinto

di **Donatella Gimigliano** *

Qualche giorno fa nell'affollatissima hall del Policlinico Gemelli la Beautiful After Breast Cancer Italia onlus, presieduta da Marzia Salgarello, Responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Plastica, in collaborazione con le associazioni Susan G. Komen Italia, guidata da Riccardo Masetti, Direttore del Centro Integrato di Senologia e Iris Roma, fondata da Giovanni Scambia, Direttore Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna, ha celebrato il Breast Reconstruction Awareness Day - giornata internazionale della "Consapevolezza sulla Ricostruzione Mammaria". Patrocinato dal Policlinico Universitario A. Gemelli e da S.I.C.P.R.E. (Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica) l'evento aveva l'obiettivo di spiegare come l'intervento ricostruttivo migliori sensibilmente la qualità di vita della paziente e sia parte della cura della neoplasia della mammella che "è un diritto e deve essere offerta a tutte le donne" - come ha spiegato la Salgarello.

Una giornata importante per noi malate oncologiche, perché sono state veicolate informazioni preziose per comprendere meglio il percorso da fare per una migliore guarigione, ma ancora più speciale per me, per il successo di due progetti dei quali mi sono fatta promotrice con l'obiettivo, da donna e paziente, di condividere la mia esperienza per aiutare chi riceve la diagnosi di un tumore. La perdita di mia sorella e, adesso, anche di mia madre, per lo stesso male, mi ha dato una grande forza e guidato verso una struttura, il Gemelli, che mi ha saputo dare la migliore cura. Ma io sono una donna determinata e caparbia, ci sono invece tante altre donne fragili, indifese, vulnerabili, che hanno bisogno di essere tutelate, informate, stimolate, aiutate a fare le loro scelte. A loro ho pensato quando ho coinvolto la giovane regista, Agnese Rizzello, proponendole l'idea di un corto che raccontasse il vissuto di tre pazienti, scelte anche per fasce d'età (Arianna Stabile, 27 anni, Monica Pericciolì, 42, ed io, 51). Grazie al talento e alla sensibilità di Agnese è nato "Segni" che racconta con delicatezza storie di dolore nella fase di "rinascita". Attraverso la loro testimonianza, raccolta da Rita Dalla Chiesa, scopriamo quello che le donne raramente dicono, il percorso che affrontano, spesso da sole, cosa succede nella vita di relazione, cosa cambia nel mondo del lavoro, il rapporto con i medici, la ricostruzione, il tutto con le musiche e le incursioni di Fiordaliso e le immagini del fiore di camomilla, che rappresenta la forza e il coraggio. Sempre guidata dal mio vissuto, ben conoscendo i "segni" che lasciano le cure delle neoplasie che, spesso, arrivano a minare l'immagine corporea ad anche il senso di femminilità della donna, ho pensato che, per quanto importanti, non tutte le donne in cura hanno la possibilità economica di sostenere le spese per i trattamenti necessari per il recupero del loro benessere psicofisico. Per questo motivo ho proposto ai vertici della Beautiful ABC, Susan G. Komen e Iris Roma l'idea e il progetto (pilota su Roma) di realizzare la "Wellbeing card - carta del benessere" che, per aiutarle a raggiungere benessere, bellezza e una piena accettazione di sé, consenta alle iscritte alle tre associazioni di avere forti benefit nei più svariati settori (estetica, fisioterapia, palestre, centri tattoo, parrucchieri, viaggi, e tanto altro) senza sostenere costi eccessivamente onerosi. Perché, durante e dopo la cura, è fondamentale stimolare le pazienti a prendersi cura di sé per restituirsi così ad una vita piena e felice.

** Vice Presidente Responsabile Comunicazione Beautiful After Breast Cancer Italia Onlus*

healthdesk

06-11-2015

http://www.healthdesk.it/

Cancro alla prostata: un test del sangue dice in anticipo se la terapia funzionerà

L'abiraterone acetato è un farmaco molto efficace, ma una percentuale di pazienti che oscilla tra il 30 e il 60 per cento è resistente al trattamento. Un semplice test del sangue potrà identificarli e indirizzarli alla chemioterapia risparmiando tempo prezioso

Le metastasi sono già là. E ogni momento che passa aumentano le probabilità che si diffondano ulteriormente nell'organismo producendo danni irreversibili.
È la storia di tutti i tumori in stadio avanzato. Per questo il tempismo è un elemento fondamentale. Tuttavia, molti tumori sono in grado di sfuggire alle terapie e un trattamento sbagliato, dunque, finisce per fare il gioco del tumore.
Tutto sarebbe più semplice se fosse possibile sapere in anticipo se un trattamento funziona. E quando non funziona, optare, per altre scelte terapeutiche.
Nel cancro della prostata, grazie a studio in gran parte italiano pubblicato sulla rivista *Science Translational Medicine*, a breve ciò si potrà fare. E basterà un semplice esame del sangue. Lo studio, condotto da ricercatori del Centro di Biologia integrata (CIBIO) dell'Università di Trento in collaborazione con il Royal Marsden NHS Foundation Trust, l'Institute of Cancer Research di Londra e l'Istituto Scientifico

Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori di Meldola, si è concentrato su un farmaco di largo impiego nel tumore della prostata avanzato: l'abiraterone acetato.
Sebbene sia un farmaco molto efficace, non tutti i pazienti rispondono al trattamento: una percentuale che oscilla tra il 30 e il 60 per cento è infatti resistente al trattamento.
Se si potesse sapere in anticipo, questi pazienti potrebbero essere indirizzati direttamente alla chemioterapia senza perdere tempo prezioso.
E questo probabilmente avverrà in un prossimo futuro. I ricercatori hanno infatti individuato un biomarcatore misurabile con un esame del DNA che si esegue da un prelievo di sangue che è in grado di predire accuratamente, prima ancora di iniziare la cura, se un paziente risponderà o meno al trattamento con abiraterone.
«La capacità di quantificare il DNA tumorale da un campione di sangue e di caratterizzare alterazioni presenti nella sua struttura ha enormi potenzialità», ha spiegato Francesca Demichelis, responsabile del Laboratorio di Oncologia Computazionale al CIBIO e coautrice dell'articolo. «La biopsia liquida, così viene chiamato questo tipo di test, oltre a essere un esame non invasivo offre una visione d'insieme dello stato di avanzamento del tumore nel paziente, a differenza di una biopsia standard che ne descrive solo una porzione circoscritta. La biopsia liquida è molto informativa nel caso di tumori avanzati nel momento della scelta terapeutica».
Lo studio è stato condotto su 274 campioni di sangue di 97 pazienti analizzati attraverso le tecniche di sequenziamento del DNA.«Stiamo ora disegnando un trial clinico che coinvolgerà 600 pazienti», ha anticipato Gerhardt Attard, oncologo presso il Royal Marsden di Londra. «L'obiettivo è valutare in modo prospettico se per i pazienti positivi al nostro test è più indicato un trattamento chemioterapico rispetto all'abiraterone».

quotidianosanità.it

Giovedì 05 NOVEMBRE 2015

Lo strano caso del paziente ucciso dal tumore venuto dalla tenia

E' una storia incredibile quella pubblicata sul New England Journal of Medicine di oggi, che sta rapidamente facendo il giro del mondo. Un quarantenne con infezione da HIV è deceduto per un tumore originato non dalle sue cellule ma da quelle di 'tenia nana', un parassita che aveva invaso il suo intestino. Fino ad oggi non era noto né che questo parassita potesse sviluppare tumori, né che attraverso la sua malattia potesse uccidere il suo ospite umano. Ci sono voluti tre anni di ricerche per arrivare alla diagnosi. Ma dal caso dello sfortunato paziente potrebbero scaturire informazioni preziose per la lotta contro i tumori.

Il tumore è già in qualche modo una presenza aliena nell'organismo. Ma se a far danni, e gravi, sono le metastasi di un tumore originato da un parassita, si entra direttamente nel campo della fantamedicina. Eppure è successo davvero e l'incredibile caso viene documentato oggi sul *New England Journal of Medicine*.

La storia si svolge in Colombia dove un paziente di quarant'anni con infezione da HIV si ricovera nel mese di gennaio 2013 presso la Clinica Universitaria Bolivariana di Medellin per febbre, tosse persistente, calo ponderale. Al paziente era stata diagnosticata un'infezione dal HIV nel 2006, ma aveva trascurato di assumere la terapia prescritta.

Lo visita il dottor **Carlos Agudelo** che all'inizio pensa di trovarsi di fronte ad un paziente con una brutta bronchite o al peggio una polmonite. Ma gli esami radiologici evidenziano la presenza di grosse masse sospette a livello di polmoni, fegato, surreni e dei linfonodi cervicali, mediastinici e addominali. Viene dunque ordinata una biopsia (gli viene asportato un linfonodo cervicale ed effettuata una *core-needle biopsy* polmonare) e i risultati evidenziano un tumore. Ma non del paziente. Quelle cellule tumorali infatti non erano umane, ma appartenenti ad un'altra specie vivente.

Che si trattasse di un tumore, anzi di metastasi non vi era alcun dubbio ma quelle cellule, dieci volte più piccole di quelle di qualsiasi tumore umano noto, appartenevano a qualcun altro.

Ci sono voluti tre anni per venire a capo della questione, i medici colombiani sono stati in stretto contatto con i *Centers for Disease Control* statunitensi, ma alla fine sono riusciti a risalire al 'soggetto' che aveva sparato le metastasi del suo tumore in giro per l'organismo di questo paziente. E la sorpresa è stata veramente grande.

Questi 'nidi' di cellule indifferenziate evidenziati alla biopsia polmonare e linfonodali sono risultati appartenere all'*Hymenolepis nana*, un parassita che finora tutti ignoravano potesse ammalarsi di tumore.

L'*Hymenolepis nana* è un vermetto molto più piccolo della tenia (come suggerisce anche il suo nome) che infesta non meno di 72 milioni di persone in tutto il mondo (in alcune aree colpisce un bambino su 4). Viste le sue ridotte dimensioni (è lungo al massimo 4 cm ed è molto sottile) viene a volte scambiato con gli ascaridi, i vermetti bianchi responsabili di comuni parassitosi nei bambini. Le infestazioni da 'tenia nana', anch'esse a trasmissione oro-fecale, possono essere completamente asintomatiche o dare

nausea, astenia, perdita di appetito, diarrea e dolori addominali. Nei bambini possono causare forte mal di testa, prurito anale e disturbare il riposo notturno. La diagnosi viene posta attraverso l'esame parassitologico delle feci, che permette di evidenziare le uova del parassita e il trattamento si basa sull'assunzione di praziquantel.

Ma a tutto questo i medici colombiani sarebbero arrivati dopo molti mesi di ricerche perché le cellule che avevano individuato nelle biopsie del paziente non avevano alcuna caratteristica che facesse pensare a questo parassita. L'unica cosa che era possibile affermare con certezza, vista la loro morfologia e il comportamento invasivo, era che fossero tumorali. A venir loro in aiuto è stata l'analisi del DNA attraverso la *polymerase-chain-reaction* che ha permesso di scoprire che il DNA delle cellule misteriose era quello dell'*Hymenolepis nana*. Questo DNA presentava inoltre delle varianti genomiche compatibili con le mutazioni tipiche del cancro.

Il paziente, che presentava uova di H. nana e cisti di *Blastocystis hominis* nelle feci, è stato trattato empiricamente con albendazolo ed è stato reintrodotto il trattamento antiretrovirale, senza beneficio. Le lesioni negli organi parenchimali rimanevano stabili, ma quelle linfonodali hanno continuato ad aumentare di numero e di volume (fino a 5 cm). Finché il paziente, in trattamento con tenofovir e amfotericina B (per istoplasmosi) ha sviluppato un'insufficienza renale acuta. Stremato dalla malattia e psicologicamente prostrato dai lunghi mesi trascorsi in ospedale, il paziente rifiutava di sottoporsi ad emodialisi ed moriva di lì a poco. Tre giorni prima del decesso ha ricevuto la diagnosi della sua misteriosa malattia e ha dato il consenso alla pubblicazione del suo caso e a proseguire le ricerche.

"L'invasione dei tessuti umani da parte di cellule di tenia geneticamente alterate, proliferanti e anomale – scrivono gli autori del *case report* - rappresenta un nuovo meccanismo di malattia che collega le infezioni al tumore. La proliferazione del parassita in quest'ospite immunocompromesso può aver consentito l'accumulo di mutazioni somatiche nella popolazione di cellule staminali dell'H. nana, portando infine alla trasformazione maligna".

Le infestazioni extraintestinali da H. nana sono rarissime, è stato finora descritto soltanto un caso di infestazione invasiva fatale in un paziente HIV-positivo. Finora però non erano mai stati osservati casi di alterazione dell'architettura tessutale in senso tumorale del parassita, né era noto che i parassiti multicellulari come le tenie potessero sviluppare tumori. Le alterazioni genomiche osservate nel tessuto tumorale 'alieno' di questo paziente erano compatibili con quelle osservate nei tumori dei mammiferi (mutazioni deleterie dei geni mitocondriali, complessi riarrangiamenti genomici, mutazioni inserzionali prevalentemente intrageniche).

E quello del paziente colombiano potrebbe non essere un caso isolato. Le trasformazioni maligne dell'H. nana – ammoniscono gli autori – possono essere erroneamente scambiate per tumori umani, soprattutto nelle nazioni in via di sviluppo, dove tra l'altro sono più comuni sia le infezioni da HIV, che le infestazioni da H. nana. L'infezione gastrointestinale tipica da H. nana viene trattata con praziquantel o con nitazoxanide, mentre l'albendazolo viene riservato agli stadi con invasione tessutale dei cestodi larvali. L'albendazolo tuttavia non sembra avere alcuna efficacia sulle proliferazioni clonali delle cellule staminali della tenia e questo pone un grave problema di trattamento.

I parassiti multicellulari che vivono all'interno dei tessuti dell'ospite in genere possiedono dei meccanismi che consentono loro di invadere i tessuti e di sfuggire al sistema immunitario; questi stessi meccanismi potrebbero essere utilizzati in caso di trasformazione maligna all'interno dell'ospite. Questo caso presenta dunque anche interessanti spunti per la ricerca dei meccanismi che consentono al tumore di invadere i tessuti e dare metastasi a distanza.

Si apre così secondo gli autori un nuovo capitolo della ricerca sul cancro che potrebbe consentire di acquisire nuove preziose informazioni, concentrandosi sullo studio delle interazioni ospite-parassita.

Maria Rita Montebelli

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-NOV-2015
da pag. 43
foglio 1
www.datastampa.it

Decreto salva Regioni ancora in bilico

Dodici miliardi per chiudere i buchi di sindaci e governatori. Ultima chiamata il 30 novembre
Il nodo dei conteggi Eurostat. Entrate fiscali, il gettito è cresciuto di 10 miliardi

ROMA Dell'ordine del giorno ci sono due versioni, una con, l'altra senza il decreto salva Regioni. Il Consiglio dei ministri si riunisce oggi, ma non è ancora chiaro se il decreto con cui verrebbero spalmati in trent'anni circa 12 miliardi di debito delle Regioni (9 miliardi) e dei Comuni (tra i 2 e i 3) emersi dopo la sentenza della Consulta, verrà approvato. Governatori e sindaci ne hanno bisogno entro il 30 novembre, termine ultimo per rimettere mano ai conti. Se non arriva il decreto il banco della finanza locale rischia di saltare, ma il governo, impegnato in un braccio di ferro sui tagli alla sanità, continua a prendere tempo.

Ieri i governatori si sono riuniti e hanno deciso, all'unanimità, di sospendere il parere sulla legge di Stabilità. «Se non arriva il decreto siamo pronti a restituire le chiavi delle Regioni. Questo decreto va fatto, è un atto dovuto e va fatto subito, ci sono gli assestamenti di bilancio da fare» dice Michele Emiliano, presidente della Puglia. E se i bilanci regionali rischiano un buco enorme per come hanno contabilizzato i prestiti dello Stato, facendoci altri debiti, la colpa non è dei governatori «caduti in un errore nel quale sono stati indotti dall'esecutivo» aggiunge Emiliano, ricordando i protocolli a suo tempo definiti con il ministero dell'Economia.

Le anticipazioni concesse dal governo nel 2013 per saldare i debiti arretrati con i fornitori, sono state utilizzate per finanziare altra spesa, coprire debiti fuori bilancio o disavanzi d'esercizio. E questi buchi che si sono creati ora vanno coperti. La soluzione a cui lavora il governo è puramente contabile, e non dovrebbe comportare effetti sulla finanza pubblica, cioè impattare sul deficit o sul debito. Ma è molto complicata, non del tutto definita e ancora un po' «tirata» alla luce dei criteri contabili di Eurostat, del quale occorre assolutamente evitare la censura. Anche per questo non si esclude un ulteriore rinvio del decreto, già apparso a fine estate, poi transitato nelle bozze della Stabilità e di nuovo sparito dall'orizzonte.

Se nei piani dell'esecutivo tutto dovrebbe risolversi in una partita di giro per i conti pubblici, lo stesso di sicuro non avverrà per i contribuenti. Quel buco, anche se in trent'anni, saranno chiamati a coprirlo i cittadini delle Regioni e dei Comuni interessati al problema, anche con le tasse locali, benché l'esecutivo le abbia teoricamente congelate. Quelle nazionali, intanto, volano. Tra gennaio e settembre 2015, secondo il Tesoro, il gettito è cresciuto di 10 miliardi rispetto al 2014. Al netto delle entrate straordinarie sono 6,8 miliardi in più, con un aumento del 2,4%.

M. Sen.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I prezzi della Sanità

Alcuni esempi dal tariffario dell'Osservatorio Agenas — Dati in euro

	Attuali*	Consigliati
Siringa di plastica (sterile, monouso con ago)	0,038 (3,8 cent.)	0,02 (2 cent.)
Sutura riassorbibile (45 cm di filo)	8,995	3,46
Suturatrice senza lama (monouso)	327,28	225,43
Stelo femorale per impianto (non modulare, retto)	1.108	630
Antitrombina umana (flacone; 1.000 ul)	286	202
Meropenem triidrato (fiale; 1.000 mg)	9,25	5,89
Giornata alimentare di un paziente	10,30	9,40
Servizio di pulizia normale (canone mensile a mq)	3,02	2,29
Lavanderia (giornata degenza paziente)	4,20	3,50

*prezzi mediani, sono quelli per lo più praticati, esclusi gli estremi (per es. la siringa è fatta pagare di solito 3,8 centesimi, anche se c'è chi la paga 65)

Fonte: Autorità Vigilanza Contratti Pubblici (Avcp) — d'Arco

Il caso

In alto Sergio Chiamparino, presidente della regione Piemonte e numero uno della Conferenza Stato-Regioni. Sotto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 41.924
Diffusione 08/2015: 25.893
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

06-NOV-2015
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

Speciale Salute

Lorenzin: contro il cancro

«L'alimentazione giusta comincia e finisce con la dieta mediterranea»

«Il diritto ad un'alimentazione adeguata è un diritto inalienabile della persona». Lo ricorda il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, in un messaggio al convegno "Food Safety and Food Security" dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss). «In Italia - spiega il ministro - il graduale abbandono del regime dietetico mediterraneo a vantaggio di stili alimentari meno salutari, ha portato, tra l'altro, a un incremento dell'obesità, fattore di rischio conosciuto per malattie tra cui diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari e diversi tipi di cancro. Un'alimentazione scorretta e inadeguata oltre a incidere sul benessere psico-fisico, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanita', un terzo delle malattie cardiovascolari e dei tumori potrebbero essere evitati grazie ad un'alimentazione sana ed equilibrata».

Il ministro Fidatevi della nostra dieta mediterranea e dei prodotti italiani

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-NOV-2015
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

Le linee guida del ministero

«Stop a merendine e bibite gassate In classe educhiamo al buon cibo»

«Disincentivare, nelle scuole di ogni ordine e grado, la somministrazione di alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di lipidi per porzione, grassi idrogenati (fonte di acidi grassi trans), alto contenuto di sodio, nitriti o nitrati utilizzati come additivi, coloranti azoici, zuccheri semplici aggiunti e dolcificanti, elevato contenuto di sostanze nervine eccitanti (teina, caffeina, taurina e similari)». Insomma, merendine, bibite gasate, pseudo energetiche e compagnia bella. E «incentivare l'offerta di prodotti specifici per chi è affetto da celiachia e il consumo consapevole dei prodotti ortofrutticoli». Sono le linee guida per l'educazione alimentare, inviate ieri dal ministero dell'Istruzione alle scuole italiane. Il ministero lo descrive come un «grande lascito immateriale di Expo». Nel documento si ricorda l'aumento («allarmante») del numero di giovani sovrappeso o con problemi di obesità: secondo un'indagine promossa dal ministero sarebbero il 20,9% gli studenti sovrappeso e il 9,8% quelli obesi. Il documento sottolinea anche l'importanza di valorizzare le eccellenze del territorio e di combattere contro gli sprechi di cibo e di acqua.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2015: 100.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

06-NOV-2015
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, una riforma per coniugare i diritti dei pazienti con quelli dei medici

In discussione norme innovative sulla responsabilità dei camici bianchi

Servono chiarimenti sulla portata dell'obbligo assicurativo a carico delle strutture sanitarie

Domenico Pittella

Il Commento

È possibile coniugare diritti del paziente, del contribuente e dell'operatore sanitario? Un apprezzabile tentativo in questa direzione viene dalla emananda riforma della responsabilità medica frutto del lavoro della Commissione presieduta dal Prof. Alpa e della Commissione Sanità (relatore Gelli).

Le speranze sono molte: dei medici esposti al rischio processo (che nella maggior parte dei casi - almeno nel penale - si conclude con l'assoluzione ma, come scriveva, Carnelutti «il processo è di per sé una pena»); del contribuente perché la medicina difensiva (per pararsi dal rischio responsabilità i medici prescrivono accertamenti ritenuti da loro stesso inutili) comporta costi altissimi per lo Stato; e anche del paziente perché tale medicina lo sottopone ad esami spesso invasivi e giustificati dal solo rischio processo.

Una innovazione rilevante sarebbe quella contenuta nel testo in approvazione: il medico dipendente di una struttura risponde solo se il paziente prova la sua colpa e il diritto di quest'ultimo si prescrive in cinque anni.

Invece, oggi, in caso di mancato successo dell'intervento sanitario, si presume la colpa del medico: il rischio della c.d. causa ignota - non si riesce a provare se i danni subiti dal paziente sono dovuti ad un evento esterno o siano addebitati al medico - grava sull'operatore sanitario.

Questa giurisprudenza, inaugurata alla fine degli anni '80, - per la quale il medico dipendente non conclude un contratto con un paziente ma per la qualità rivestita entra in contatto con quest'ultimo e dunque si obbliga ad effettuare una prestazione - è stata una delle cause dell'aumento del contenzioso in materia.

Come evidenziato dalla Commissione Alpa, questo orientamento si discosta dai modelli europei in materia di responsabilità sanitaria che «distinguono in modo netto ... le posizioni della struttura sanitaria da quelle dell'esercente la professione medica».

Se entrasse in vigore la riforma, il medico potrebbe operare con maggiore tranquillità ma il paziente non sarebbe meno garantito perché resta ferma la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria: in questo caso viene concluso un vero e proprio contratto e dunque vi è un obbligo di prestazione.

Resta ancora molto da fare: servono chiarimenti sulla portata e l'applicazione dell'obbligo assicurativo a carico delle strutture sanitarie.

Dovrebbe intervenirsi anche in materia di consenso informato (cosa deve fare ad esempio un chirurgo qualora un Testimone di Geova rifiuti l'emotrasfusione e questa si renda necessaria per salvargli la vita? È giusto che in questi casi il medico debba telefonare il Procuratore della Repubblica senza invece essere rassicurato da un quadro normativo chiaro?).

Inoltre, dovrà guardarsi all'interpretazione che delle regole daranno i giudici.

Intanto, questa riforma rappresenterebbe uno spedito passo in avanti in materia.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 79.257
Diffusione 08/2015: 38.287
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

06-NOV-2015
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

La sanità regionale è il terreno ottimale per la spending review che non si basa sull'uso dell'accetta ma sull'analisi voce per voce

DI EDOARDO NARDUZZI

Piaccia o meno, il Premier **Matteo Renzi** fa bene a sfidare a muso duro le regioni sulla spesa sanitaria. Lì, in quei venti capitoli di spesa pubblica, si trova una parte importante dei risparmi e dei miglioramenti qualitativi possibili nel bilancio pubblico.

Ed è proprio la cronaca quotidiana ad offrire esempi inequivocabili che c'è ancora molto da fare nella spesa sanitaria.

Si prenda il recente caso dell'Avastin. Al ministero della Salute, per la verità, da tempo temevano che, prima o poi, un nuovo caso di malasanità, legato a questo farmaco, sarebbe scoppiato. Un incidente clinico nell'uso dell'Avastin, il farmaco di Roche che molti oculisti hanno preteso che potesse essere usato per la cura della maculopatia al pari del più costoso e mirato Lucentis di Novartis. Non ha sorpreso gli addetti ai lavori il caso emerso qualche giorno fa all'ospedale Careggi di Firenze dove cinque pazienti hanno rischiato di perdere la vista dopo la somministrazione dell'Avastin.

Il ministero ha chiesto una indagine e la Regione ha inviato all'ospedale un audit per capire a fondo le ragioni dell'incidente. Ed anche l'Aifa, l'agenzia per il farmaco, ha acceso un riflettore sulla vicenda. Il caso tuttavia, pur avendo una dimensione nazionale, è rimasto relegato a livello regionale e non ha attivato invece il dibattito che ci sarebbe aspettati.

Intorno alla vicenda Avastin-Lucentis, infatti, si sono scritti finora fiumi di inchiostro, si sono tenuti convegni e scritti dotti saggi scientifici.

Una vicenda, questa, che ha origine fuori dalle sale ospedaliere, nei corridoi dell'Antitrust che, sollecitato dalla Soi, la Società oftalmologica italiana, ha condannato Roche e Novartis ad una multa per presunto cartello. I giuristi e gli economisti dell'Autorità ritengono infatti che i due farmaci siano equivalenti e che possano essere utilizzati indifferentemente con la stessa efficacia. E siccome l'Avastin costa molto meno ha avuto subito una più ampia diffusione. Tuttavia sono farmaci nati per patologie diverse: Lucentis in modose per iniziezione per la cura della maculopatia; Avastin, invece, in flaconi per la cura di alcune tipologie tumorali.

Dopo la decisione dell'Antitrust, l'Aifa ha consentito l'uso dell'Avastin a condizione che la preparazione delle monodosi per l'iniezione oculare avvenga nelle farmacie ospedaliere. Una decisione cautelativa che ha sollevato critiche da parte di molti oculisti privati che avrebbero voluto preparare «in casa» le monodosi. In attesa di un pronunciamento finale da parte del Consiglio di Stato sulla decisione dell'Antitrust, tuttavia, ci si deve interrogare su una questione che, a parte il caso Avastin-Lucentis, si ripropone spesso in tempi di spendingreview.

Nel caso della sanità i tagli lineari sono la scelta meno opportuna mentre la riqualificazione della spesa, voce per voce, è quella giusta. Ed il caso del Careggi fa capire proprio questo: somministrare un farmaco più economico ma meno indicato per la malattia crea minor costi iniziali ma maggiore spesa pubblica ne medio termine. La spesa sanitaria dunque fa rima perfettamente con spendigreview che significa proprio analisi di micro dettaglio delle voci per individuare al meglio e tagli ed interventi da adottare.

© Riproduzione riservata