Salute24

01-03-2017

http://salute24.ilsole24ore.com/

Tumore ovarico, verso un marcatore CA125 personalizzato

Un nuovo protocollo personalizzato, basato sull'impiego dell'esame ecografico e dello screening del marcatore CA125, potrebbe consentire d'individuare precocemente il tumore ovarico nelle donne ad **alto rischio** di sviluppare la malattia. Lo evidenzia uno studio pubblicato sulla rivista Clinical Cancer Research da un gruppo di ricerca statunitense diretto da Steven J. Skates, del Massachusetts General Hospital di Boston (Usa), che spiega: "La procedura standard consigliata alle donne che presentano un rischio elevato di sviluppare il cancro ovarico, a causa della storia familiare o di mutazioni genetiche ereditarie, è quella di sottoporsi a un intervento di **rimozione delle ovaie e delle tube di Falloppio**, dopo aver creato una famiglia. Alcune donne, però, scelgono di rinviare questa operazione chirurgica. Il nostro protocollo di screening accresce la percentuale dei tumori rilevati nelle fasi iniziali **dal 10 al 50%**".

L'indagine evidenzia che una **strategia personalizzata** basata su screening frequenti potrebbe aumentare le probabilità di rilevare il tumore ovarico nelle donne ad alto rischio durante le fasi iniziali di sviluppo, quando la malattia risulta più facile da curare. Nello specifico, gli scienziati hanno messo a punto un nuovo protocollo, che prevede di sottoporre le pazienti a **esami del sangue trimestrali,** per verificare se ciascuna di loro presenti un aumento significativo, rispetto ai livelli basali individuali, della **proteina CA125**. Questa molecola è considerata un indicatore del rischio di cancro ovarico, perché nella maggior parte delle donne affette da questa malattia il suo livello nel sangue è superiore a 35. Secondo gli esperti, confrontando i valori di CA125 di una persona con quelli che possiede normalmente, è possibile identificare eventuali **aumenti significativi**, anche se non superano la tradizionale soglia di 35.

La procedura stabilisce, inoltre, di far eseguire alle pazienti che presentano livelli elevati della proteina un **esame ecografico**. L'impiego combinato delle due tecniche potrebbe, infatti, consentire d'individuare la presenza di un tumore nelle prime fasi, prevenendo il rischio che la scoperta della malattia arrivi ormai troppo tardi. Per testare l'efficacia del metodo, gli scienziati lo hanno sperimentato su **3.818 donne ad alto rischio**, nel corso di due esperimenti. Il primo, che ha coinvolto 2.359 pazienti, è stato condotto tra il 2001 e il 2011 negli Stati Uniti, mentre il secondo, che ha reclutato 1.459 persone, è stato eseguito tra il 2003 e il 2006 negli Usa e in Australia. Al termine di entrambi, è emerso che il protocollo è stato in grado d**i aumentare fino al 50%** la percentuale dei tumori individuati nelle fasi iniziali, rispetto agli screening tradizionali.

I ricercatori ritengono che la procedura potrebbe consentire di salvare molte vite, ma evidenziano comunque che l'intervento chirurgico resti la **prima scelta** per le persone a rischio. "È importante notare che rimuovere le ovaie e le tube di Falloppio – osserva il dottor Skates -, rimane la cura standard per le donne che presentano un alto rischio di sviluppare il **cancro ovarico** rispetto al resto della popolazione".

di **Nadia Comerci**

quotidianosanità.it

Mercoledì 01 MARZO 2017

Hiv e malattie sessualmente trasmissibili. Avis e Iss lanciano questionario su abitudini e conoscenze dei giovani italiani

Testa o cuore? È il titolo del questionario predisposto da con la supervisione del Centro Operativo Aids (Coa) dell'Iss. Il questionario, anonimo, prevede una prima parte obbligatori con domande su abitudini sessuali e opinioni sui comportamenti da seguire e una seconda facoltativa per mettersi alla prova sulle proprie conoscenze in materia

"La conoscenza è la migliore forma di prevenzione" parte da qui il questionario "Testa o cuore?" predisposto da Avis, Associazione Volontari Italiani Sangue con la supervisione del Centro Operativo Aids (Coa) dell'Istituto Superiore di Sanità che da oggi sarà possibile compilare per conoscere meglio abitudini e informazioni della popolazione in tema di malattie sessualmente trasmissibili e comportamenti a rischio.

Il questionario, anonimo, è molto dettagliato e prevede una prima parte (obbligatoria) con domande su abitudini sessuali e opinioni sui comportamenti considerati o meno corretti, e una seconda sezione facoltativa dove ci si potrà mettere alla prova sulle proprie conoscenze in materia di infezioni sessualmente trasmissibili ed Hiv

Avis diffonderà il questionario alle sue 3.400 sedi e già dal prossimo fine settimana lo promuoverà a tutti i partecipanti del primo Forum Intergenerazionale di Ancona (4-5 marzo). Saranno inoltre coinvolti i giovani del Servizio Civile Nazionale, i volontari delle organizzazioni che fanno parte del Forum Nazionale Giovani, gli studenti delle scuole superiori, Universitari e del Segretariato Italiano Studenti Medicina, nonché le Associazioni che hanno già collaborato con Avis su questo tema, come Anlaids

"Desidero ringraziare – spiega il presidente nazionale, **Vincenzo Saturni** – la nostra Consulta giovani e il Coa per l'elaborazione del questionario. Con questo lavoro Avis vuol mantenere alta l'attenzione in tema dei comportamenti a rischio, dal duplice punto di vista della raccolta dei dati sulle abitudini e sulle conoscenze dei singoli. Quando ci si occupa di pazienti ricevente e donatori, non deve essere lasciato nulla di intentato per garantire loro la massima qualità e sicurezza".
Per partecipare al questionario: https://testaocuore.typeform.com/to/vKcR0z

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

01-03-2017

http://www.pharmastar.it

Per future generazioni libere dal Papillomavirus: arriva in Italia il primo vaccino anti-HPV 9-valente

Generazioni future libere dal Papillomavirus, uno dei virus più diffusi al mondo e secondo agente patogeno responsabile di cancro a livello globale. D'ora in poi, le ragazze e i ragazzi italiani potranno proteggersi con il primo e unico vaccino diretto contro nove tipi di Papillomavirus umano, finalmente disponibile anche in Italia. Parliamo del primo e unico vaccino efficace contro nove tipi di Papillomavirus umano disponibile in Italia.

Generazioni future libere dal Papillomavirus, uno dei virus più diffusi al mondo e secondo agente patogeno responsabile di cancro a livello globale. D'ora in poi, le ragazze e i ragazzi italiani potranno proteggersi con il primo e unico vaccino diretto contro nove tipi di Papillomavirus umano, finalmente disponibile anche in Italia. Parliamo del primo e unico vaccino efficace contro nove tipi di Papillomavirus umano disponibile in Italia.

Il 21 febbraio è stato, infatti, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto di riclassificazione in classe H di questo vaccino che in commercio ha il nome di Gardasil 9, indicato per prevenire con efficacia ancora maggiore le lesioni precancerose, i tumori che colpiscono il collo dell'utero, la vulva, la vagina, l'ano e i condilomi genitali causati dai 9 tipi di HPV in adolescenti maschi e femmine a partire dai 9 anni di età.

La vaccinazione anti-HPV è, infatti, stata estesa ai maschi adolescenti dal nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, incluso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). "Il dodicesimo anno di vita – riporta il nuovo Piano Nazionale Prevenzione

Vaccinale – è l'età preferibile per l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV a tutta la popolazione (femmine e maschi). Sulla base delle nuove e importanti evidenze scientifiche, infatti, la sanità pubblica oggi si pone come obiettivo l'immunizzazione di adolescenti di entrambi i sessi, per la massima protezione da tutte le patologie HPV correlate direttamente prevenibili con la vaccinazione".

Il Papillomavirus è estremamente diffuso: quasi tutte le persone sessualmente attive lo contraggono. Il 60-90% delle infezioni da HPV, incluse quelle da tipi oncogeni, si risolve entro 1-2 anni dal contagio. A volte, però, il sistema immunitario non riesce a eliminarlo: l'infezione si sviluppa in modo quasi sempre silente e nell'arco di circa 5 anni può condurre alla formazione di lesioni precancerose che possono progredire fino a sviluppare il cancro della cervice o altre forme di tumore anogenitale in entrambi i sessi anche a distanza di 20-40 anni.

In Europa, ogni anno 39.500 tumori anogenitali, 342.000 casi di lesioni anogenitali di alto grado e 760.000 casi di condilomi genitali sono causati dai tipi di HPV coperti dal vaccino 9-valente. In Italia, si stima che ogni anno l'HPV sia responsabile di circa 6.500 nuovi casi di tumori in entrambi i sessi, circa 12.000 lesioni anogenitali di alto grado nella donna e circa 80.000 casi di condilomi genitali. Ad esclusione del cancro della cervice uterina, per il quale esiste lo screening, per gli altri tumori causati da HPV non si dispone di un test per la diagnosi precoce e, pertanto, essi hanno una mortalità molto elevata in entrambi i sessi.

Il nuovo vaccino 9-valente protegge verso il maggior numero di tipi di Papillomavirus umano rispetto a qualsiasi altro vaccino anti-HPV attualmente disponibile: sette dei nove tipi di HPV inclusi nel vaccino (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58) sono ad alto rischio oncogeno e causano nel mondo circa il 90% dei tumori del collo dell'utero, il 90% dei casi di cancro anale HPV correlati e circa l'80% delle lesioni cervicali di alto grado (lesioni cervicali precancerose definite CIN 2, CIN 3 e AIS). I due tipi di HPV a basso rischio oncogeno 6 e 11, oltre a essere causa del 90% dei condilomi genitali, sono al terzo posto di frequenza tra i tipi di HPV che causano cancro della vagina o del pene, quarti nel cancro della vulva e quinti nel cancro dell'ano.

L'autorizzazione all'immissione in commercio del nuovo vaccino è sostenuta da un programma clinico completo avviato nel 2007; oltre sette studi hanno coinvolto più di 15.000 persone in 30 Paesi.

Il nuovo vaccino 9-valente si è dimostrato essere immunogeno, avere un buon profilo di efficacia e tollerabilità, con un potenziale di prevenzione del 90% per il cancro del collo dell'utero, del 75-85% per le lesioni precancerose CIN 2/3, dell'85-90% per il cancro della vulva, dell'80-85% per il cancro della vagina, del 90-95% per il cancro dell'ano e del 90% dei condilomi genitali.

Il vaccino 9-valente ha dimostrato di essere efficace nel prevenire il 97,4% delle lesioni di alto grado della cervice uterina, della vagina, della vulva e dell'ano e dei cancri cervicale, vaginale e vulvare causati dai 5 ulteriori tipi oncogeni di HPV (31, 33, 45, 52, 58). Inoltre, il vaccino ha dimostrato di indurre risposte anticorpali contro i tipi di HPV 6, 11, 16 e 18 risultate non inferiori al vaccino quadrivalente.

adnkronos

01-03-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Ebola, infermiera guarita muore dopo parto

La paura di Ebola ha fatto una nuova vittima. Si tratta di un'infermiera che, guarita dalla malattia, aveva combattuto contro la diffusione del virus, finendo pochi anni fa tra gli operatori premiati da 'Time' come 'Person of the Year' proprio per il loro impegno in prima linea. Tra i sanitari presenti nella copertina della rivista c'era infatti un'**infermiera liberiana, Salome Karwah**, che aveva perso i genitori a causa di Ebola, era guarita dalla malattia e aveva continuato ad assistere decine di pazienti. La scorsa settimana, riferisce il 'Washington Post', Karwah **è morta a causa di complicazioni legate al parto**. Ma secondo alcune testimonianze i sospetti dei liberiani verso i sopravvissuti sarebbero in parte colpevoli di questo decesso.

A raccontare la vicenda un reporter di 'Time' che aveva incontrato Karwah nel 2014. La donna il 17 febbraio scorso aveva partorito un bimbo sano, Solomon, con un cesareo. Dimessa dall'ospedale dopo tre giorni, una volta a casa ha avuto delle convulsioni. Il marito e la sorella l'hanno riportata in ospedale, ma qui nessuno l'avrebbe toccata. Le convulsioni avrebbero spaventato il personale che, secondo la sorella, non voleva entrare in contatto con la **donna 'sopravvissuta ad Ebola'** e con i suoi liquidi. Karwah è morta il giorno dopo. Il suo quarto figlio "crescerà senza poter ricordare il viso della madre", ha detto la sorella, Josephine Manley.

quotidianosanità.it

Mercoledì 01 MARZO 2017

Aborto. Per una donna del Nord Est un'odissea. Prima di ottenere l'Ivg bussa alla porta di 22 ospedali che la rimandano indietro

Continuano le polemiche legate all'obiezione di coscienza alla legge 194. Questa volta la vicenda riguarda una donna di 41 anni che ha denunciato di essersi dovuta rivolgere a decine di ospedali prima di essere accolta per una IVG. Il primo no a Padova.

Una donna padovana di 41 anni che voleva abortire ha dovuto rivolgersi a 22 ospedali del Nordest, ricevendo sempre risposte negativa, tra obiezioni di coscienza e burocrazia, prima di vedere accolta la sua richiesta.

Un girone infernale - scrive l'*Ansa* - iniziato all'ospedale di Padova, e conclusosi dopo 22 dinieghi nello stesso policlinico euganeo, grazie all'interessamento della Cgil, cui la donna si era rivolta. Già madre di due figli, la 41enne si era accorta a dicembre di aspettarne un altro bambino, non atteso. Con una decisione sofferta, ha scelto di chiedere l'interruzione volontaria di gravidanza entro i primi 90 giorni, come prevede la legge 194.

Ma nonostante i tempi ormai stretti, si è sentita dire 22 volte no, a Padova, poi nel resto della regione, quindi in Friuli Venezia Giulia e in Trentino Alto Adige. "No non c'è posto", "ci sono le vacanze", "sono tutti obiettori", le risposte più frequenti. Fino a quando - interessata la Cgil - si è ripresentata all'ospedale di Padova ed ha potuto abortire.

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

02-MAR-2017
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

«In 23 ospedali per abortire». La Regione smentisce

Padova

La denuncia di una donna, sostenuta dalla Cgil è smentita dal direttore dell'Usl 6: «Il servizio è garantito»

Francesco Dal Mas
Padova

Impossibile abortire a Padova e negli ospedali dell'Uls 6 "Euganea"? I dati non lo dimostrano. L'anno scorso le interruzioni volontarie di gravidanza sono state ben 529, seppur in presenza dell'80% di medici obiettori. Ecco perché Luca Coletto, assessore regionale alla sanità del Veneto, ha voluto vederci chiaro nella denuncia di una donna di 41 anni, già madre di 2 figli, che, a suo dire, ha dovuto girare per 23 ospedali in Veneto, ma anche in Trentino Alto Adige ed in Friuli Venezia Giulia, per poter riuscire nel suo intento - sofferto, fa sapere - di rinunciare al terzo figlio. E, sempre secondo quanto racconta, ci è riuscita perché aiutata dalla Cgil. Sindacato che ha immediatamente fatto scattare una protesta per l'eccesso, a suo dire, di obiezione.

È metà dicembre del 2015 quando la donna ha scoperto di essere incinta. La 194 impone di procedere all'ivg entro i primi novanta giorni. La signora è al secondo mese di gravidanza. E, preoccupata, comincia a contattare per telefono le strutture più vicine, a Padova. Dopo i primi inviti a temporeggiare e qualche no per difficoltà oggettive, la donna si rivolge fuori regione. Ma neanche questa ricerca va a buon fine. Ben 23 le strutture contattate. Le risposte? «Non ce la facciamo», «siamo già al limite», «non riusciamo a stare nei tempi», «ci sono le vacanze», «sono tutti obiettori». Ma, rivoltasi alla Cgil, la donna riesce ad abortire nel successivo mese di gennaio, proprio a Padova, cioè presso il primo presidio contattato. Cgil che ora rilancia, affermando che l'obiezione non riguarda solo l'intervento di interruzione, ma perfino un presunto rifiuto dei barellieri di accompagnare le pazienti.

«Questa signora era in difficoltà anche perché non ha trovato nessuno che nei tempi previsti le facesse il certificato medico – accusa Alessandra Stivali, della Cgil di Padova – di verifica del suo stato in gravidanza e con quello potesse procedere».

Da qui la denuncia dello stesso sindacato dell'«annoso problema dell'obiezione di coscienza che di fatto impedisce - in gran parte delle strutture pubbliche - il pieno rispetto della Legge 194: se la stragrande maggioranza dei medici si dichiara "obiettore di coscienza" le liste d'attesa per l'interruzione volontaria di gravidanza diventano pericolosamente lunghe».

«La signora ha tutta la nostra comprensione per il dramma che ha vissuto – afferma il direttore generale dell'Uls 6, Domenico Sibetta – . L'episodio ha una collocazione temporale a fine 2015, in un mese particolare, quello di dicembre, e al momento non siamo in grado di verificare puntualmente quali difficoltà la signora ha incontrato nel suo doloro pellegrinare». Può essere davvero accaduto? Sibetta assicura che i competenti organi regionali stanno svolgendo opportune indagini e conferma che nel caso dell'Uls euganea sono 8 i medici non obiettori (41 gli altri) e che, pertanto, il servizio è garantito. Non solo, si sta costituendo un polo unico - anticipa - dove questi servizi saranno concentrati a seguito della recente integrazione di tre aziende sanitarie del Padovano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

da sapere

La Ivg nel Veneto: 34 strutture, metà interventi entro 14 giorni

Ecco i dati reali dell'interruzione volontaria di gravidanza nella Regione Veneto secondo l'ultima relazione del ministero della Salute al Parlamento.

* In Veneto nel 2015 sono stati effettuati 5.044 aborti a fronte di 38.786 nascite, con un rapporto di 130 ogni 1.000 nati vivi. La media nazionale è 185.
* La percentuale di medici obiettori in Veneto è pari al 76,2% contro il 70% di media in Italia.
* In Veneto l'88,6% delle donne abortisce nella provincia di residenza, solo l'11,4% in un altro territorio, una situazione lievemente migliore rispetto alla media.
* Rispetto ai tempi di attesa fra certificazione e intervento, il 49,9% delle Ivg avviene entro 14 giorni; il 26,3% entro 21 giorni; il 15,2% entro 28 giorni e l'8,6% deve attendere oltre 4 settimane. Dati superiori ai tempi medi di attesa in Italia.
* Quanto alle strutture in cui si praticano interruzioni volontarie di gravidanze, in Veneto sono 34, pari al 77,3% dei reparti di ostetricia. Dato superiore alla media del 59,4%.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

02-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

"Io respinta da 23 ospedali" Aborto, l'odissea di una donna

Padova, la Cgil: trovata una soluzione solo dopo il nostro intervento La Ulss conferma ma chiarisce: vicenda del 2015, oggi non accadrebbe

LORENZO PADOVAN
PADOVA

Respinta da 23 diversi ospedali prima di poter abortire, in extremis, entro il termine di legge dei primi 90 giorni della gravidanza. È accaduto a Padova ad una donna di 41 anni, madre di altri due figli che, nonostante le precauzioni assunte, era rimasta incinta.

Un calvario che l'ha portata a contattare strutture sanitarie dell'intero Nordest: partendo dalla sua città di residenza, ha provato in tutte le cliniche pubbliche del Veneto, spingendosi poi fino a Trieste e a Bolzano.

Medesimo l'esito infausto dei suoi appelli, seppur con diverse motivazioni: da quella principale, legata alla difficoltà a reperire un medico non obiettore, ai tempi di attesa che non corrispondevano all'urgenza di intervenire nei primi tre mesi, alla burocrazia. L'epilogo favorevole rispetto alla volontà della donna si è avuto solo grazie all'intervento della Cgil, che ha forzato le istituzioni ad individuare una soluzione repentina.

«Mi domando che senso abbia fare una legge per dare diritto di scelta e poi non mettere nessuno nelle condizioni di farlo - ha detto la donna, tramite i sindacalisti che ieri hanno reso nota la vicenda -. Lo trovo offensivo, inutilmente doloroso».

Pur confermando l'accaduto, Domenico Scibetta, direttore generale dell'Azienda Ulss 6 Euganea - che si compone di 103 Comuni con una popolazione di poco meno di un milione di abitanti - lo colloca in un altro periodo temporale rispetto all'attuale, assicurando che ad oggi la situazione è sensibilmente mutata.

«Secondo le nostre verifiche - ha ricordato -, il fatto increscioso, per il quale indirizziamo a questa donna tutta la nostra solidarietà umana, è successo alla fine del 2015 e va anche ricordato che, da quanto riscontrato, in moltissimi dei casi descritti il contatto è stato solamente telefonico, con le incomprensioni e i limiti che questa modalità può causare».

I dati dell'ultimo anno parlano, invece, di un accesso regolarizzato: «Ci sono state 529 interruzioni volontarie di gravidanza nei tre poli in cui viene erogato il servizio, con attese che vanno da dieci giorni ad un mese, senza che venga mai meno la garanzia di concludere il percorso nel rispetto del tempi imposti dalla normativa. Un risultato raggiunto nonostante da noi operino solo 8 ginecologi non obiettori sui 41 totali».

Rassicurazioni che non hanno placato l'ira della Cgil che, oltre ad aver denunciato il calvario della donna, reclama misure efficaci: «Le leggi si applicano e le sentenze si rispettano - ha commentato la responsabile nazionale delle "Politiche di genere" Loredana Taddei -: mi riferisco alla 194, che a quasi 40 anni dalla sua approvazione è sempre meno garantita, e ai recenti pronunciamenti del Consiglio d'Europa, che hanno sancito che in Italia le donne che cercano accesso ai servizi di aborto continuano ad avere di fronte una sostanziale difficoltà, mentre medici e personale sanitario che non hanno optato per l'obiezione di coscienza vengono discriminati». «Una donna che gira a vuoto 23 ospedali nel civile Nordest e che non riesce a trovare una struttura in grado di garantirle il diritto ad abortire è il segnale gravissimo di una profonda retrocessione del Veneto nel campo dei diritti e della salute», ha invece affermato la consigliera regionale del Pd Alessandra Moretti, che ha chiesto al governatore Luca Zaia di aprire un'indagine interna alla sanità regionale.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

askanews

01-03-2017

http://www.askanews.it/

Gira 23 ospedali per abortire, accolta solo a Padova

Quasi allo scadere dei 90 giorni di gestazione

Padova, 1 mar. (askanews) – "La vicenda della signora di Padova, che si è vista respingere da ben 23 strutture sanitarie del Veneto per poter ricorrere – nei tempi e modi previsti dalla Legge – all'interruzione volontaria della gravidanza, riapre ancora una volta non solo a Padova e in Veneto, ma in tutta Italia, l'annoso problema dell'obiezione di coscienza che di fatto impedisce – in gran parte delle strutture pubbliche – il pieno rispetto della Legge 194".

Così in una nota la Cgil del Veneto in riferimento alla donna che ha dovuto girare ben 23 strutture sanitarie in Veneto per interrompere la gravidanza ed è poi stata accolta a Padova al 90esimo giorno di gestazione.

"E' del tutto evidente infatti – prosegue la nota della Cgil Veneto – che se la stragrande maggioranza dei medici si dichiara "obiettore di coscienza" le liste d'attesa per l'interruzione volontaria di gravidanza diventano pericolosamente lunghe costringendo le donne a rivolgersi

– quando va bene – alle strutture private, o – peggio – a fare ricorso all'aborto clandestino, una vergogna sociale che la Legge 194 era nata proprio per contrastare.

Non è concepibile costringere le donne ad intraprendere vere e proprie odissee per vedersi garantire il rispetto di una legge dello Stato".

"Per quanto riguarda il Veneto ad esempio, risulta "obiettore" l'80% dei ginecologi – prosegue la nota della Cgil del Veneto – con situazioni particolarmente gravi a Padova e Belluno. Ora, se è vero che la legge 194 consente l'obiezione di coscienza, è altrettanto vero che ogni struttura pubblica deve essere messa nella condizione di garantire una prestazione che la medesima legge consente, anche a costo di assumere medici non obiettori anche in Veneto".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 86.689
Diffusione 12/2016: 50.320
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

02-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

MA LA MADRE PER CONTO TERZI VIOLA IL DIRITTO DELLA NATURA

MASSIMO FINI A PAG. 7

IL COMMENTO

Evoluzione (tecnologica)? *La gestazione per altri fa sparire la figura della madre. Così divoriamo noi stessi*

MAMMA IN CONTO TERZI CONTRO NATURA

Abbiamo perso e non solo in questo campo ma in tutti, quel senso del limite che i Greci avevano introiettato profondamente

» MASSIMO FINI

Non sono cattolico ma trovo la sentenza della Corte d'Appello di Trento, con tutte le conseguenze che implica, accolta con giubilo da molte parti, semplicemente aberrante. Saltiamo qui tutti i sottili distinguo giuridici e veniamo alla sostanza.

1) È fuori discussione che ognuno ha diritto ad agire la propria sessualità come meglio crede o istinto gli detta (pedofilia esclusa). Ma questa libertà vale per sé e solo per sé non quando c'è in gioco un terzo soggetto, in questo caso il bambino. In linea di principio o, per meglio dire, per legge di natura, un bambino ha diritto di avere, almeno sulla linea di partenza, un padre e una madre. Quindi non è affatto vero che questa legge, soprattutto quando non ci sono ancora bimbi nati da una coppia omosessuale, maschile o femminile, ma c'è solo la possibilità che questo possa avvenire grazie alle varie moderne tecnologie, tutela il bambino, gioca invece, e irresponsabilmente, sulla sua pelle, su un suo diritto fondamentale.

2) Questa legge sancisce la completa mercificazione del corpo della donna. Afferma Serena Marchi, autrice di un libro su queste questioni: "Nei miei viaggi per incontrare madri surrogate ho potuto constatare che quasi tutte le donne lo fanno con gioia, ma soprattutto con la consapevolezza di colmare una sorta di ingiustizia della natura, che impedisce a due uomini di avere figli". Non diciamo e propaghiamo cazzate. Non è umanamente possibile che una donna porti in grembo per nove mesi un figlio, lo dia alla luce con i dolori del parto e poi sia contenta di non vederlo mai più o solo qualche volta per gentile condiscendenza dei genitori-non genitori (più probabilmente il figlio non saprà mai chi è sua madre. "Who is my mother? Where is my mother?" invoca Cristo sulla croce). Il mondo, soprattutto il Terzo mondo, è pieno di povera gente disposta a tutto. Siamo di fronte alla solita storia: la rapina degli occidentali delle risorse altrui. Finora ci si era limitati, si fa per dire, a rapinare le risorse energetiche, adesso gli portiamo via anche la carne. I famigerati trafficanti di uomini che solcano il Mediterraneo trasportando per denaro i migranti sono una bagatella a confronto. Dobbiamo invece considerarli dei benefattori dell'umanità? Mi stupisce che le femministe, che ci rompono i coglioni da anni, in questo caso abbiano solo rilasciato dei deboli lai.

3) Ma c'è una questione ancora più grave che va oltre tutte le altre. Ed è quella posta, con molta lucidità, da Claudio Risé in un articolo sul Giornale dell'1 marzo. Scompare qui la figura della madre e anche della donna, cioè dell'essere che, antropologicamente, ha dato il via all'esistenza dell'umanità. Quando sento dire, come fa Serena Marchi, che queste pratiche, tecniche e giuridiche, "colmano un'ingiustizia della natura" non so se mettermi a piangere o a ridere. La Natura non è né giusta né ingiusta, non è né morale né immorale, è semplicemente amorale. La Natura ha elaborato le sue leggi in milioni di anni e per milioni di anni su queste leggi abbiamo vissuto. Invece nel mondo contemporaneo noi ci stiamo progressivamente e sempre più pericolosamente allontanando dalla Natura finché essa ci caccerà fuori a pedate. Abbiamo perso, e non solo in questo campo ma in tutti i campi, quel senso del limite che i Greci avevano profondamente introiettato capendo la pericolosità di andare a modificare la Natura e a violentare le sue leggi. Perfino Bacone, che è considerato uno dei padri della rivoluzione scientifica, afferma: "L'uomo è il ministro della Natura ma alla Natura si comanda solo obbedendo ad essa". Ma che c'importa dei Greci, che hanno elaborato la cultura più profonda del mondo occidentale, e di Bacone, di fronte all'adesione pressoché totalitaria a quanto

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 86.689
Diffusione 12/2016: 50.320
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

02-MAR-2017
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

avviene nei laboratori dei moderni Frankenstein? Anche Dostoevskij attraverso le parole del Grande Inquisitore ne I Fratelli Karamazov *aveva avvertito: "Oh, ne passeranno ancora dei secoli nel bailamme della libera intelligenza, della scienza umana e dell'antropofagia, poiché, avendo cominciato a edificare la loro torre di Babele, andranno a finire con l'antropofagia".*

Quando leggevo I Karamazov *questa storia dell'antropofagia non la capivo. La capisco ora. Con la "libera intelligenza", con la Scienza tecnologicamente applicata, senza più limiti e freni, ma imprigionata nella propria follia, stiamo divorando noi stessi.*

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

02-MAR-2017
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA SENTENZA I VESCOVI E IL RUOLO DELLA MADRE

La Cei sui 2 padri «Non esiste un diritto ai figli»

Il cardinale Angelo Bagnasco, presidente della Cei, interviene con forza sulla sentenza della Corte d'Appello di Trento che ha riconosciuto una coppia di uomini come padri di due gemelli nati in Canada con la maturità surrogata. «Qualunque desiderio, pur legittimo, che ognuno può avere, non deve mai necessariamente diventare un diritto. Il bene dei bambini, secondo il buon senso universale, richiede il papà e la mamma, quindi una famiglia nella quale il papà e la mamma si integrano con armonia ed efficacia per il bene e per l'amore dei propri bambini». Anche l'*Osservatore Romano* è sulla stessa linea: «A Trento una sentenza discutibile».

a pagina 9 **Sargentini, Tebano, Vecchi**

«I figli non sono necessariamente un diritto»

Il presidente della Cei: desiderio legittimo, ma secondo il buon senso universale servono un padre e una madre La linea del Vaticano sul caso dei due uomini riconosciuti genitori. L'Osservatore Romano: sentenza discutibile

In una famiglia papà e mamma si integrano con armonia

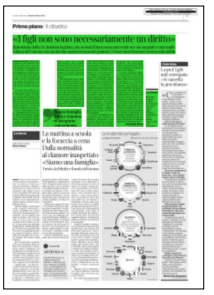
CITTÀ DEL VATICANO «Qualunque desiderio, pur legittimo, che ognuno può avere, non deve mai diventare necessariamente un diritto». Il cardinale Angelo Bagnasco, presidente della Cei, interviene sulla sentenza della Corte d'Appello di Trento che ha riconosciuto una coppia di uomini come padri di due gemelli nati in Canada con la maturità surrogata.

«Il bene dei bambini, secondo il buon senso universale, richiede il papà e la mamma, quindi una famiglia nella quale il papà e la mamma si integrano con armonia ed efficacia per il bene e per l'amore dei propri bambini», ha detto al *Tg1* il presidente dei vescovi.

Anche l'*Osservatore Romano*, quotidiano della Santa Sede, titola nell'edizione di oggi: «A Trento una sentenza discutibile». E nell'articolo riporta le parole della storica Lucetta Scaraffia al *Corriere*: «I figli nascono da un uomo e da una donna. Questi due gemelli della sentenza, invece, adesso risultano figli di due donne, per via della maternità», e i bambini nati in questo modo «pagano un prezzo altissimo: non conosceranno mai la loro madre».

Sulla questione della cosiddetta *stepchild adoption*, del resto, la posizione della Chiesa è netta. Tra intransigenti e dialoganti cambiano i toni, lo stile, ma non la sostanza. Nella messa del Mercoledì delle Ceneri, parlando in generale, papa Francesco ha detto ieri che «la Quaresima è tempo di dire no» a «quelle spiritualità che riducono la fede a cultura di ghetto ed esclusione». Al Sinodo sulla famiglia si è parlato anche di accoglienza degli omosessuali e dei figli. Ma lo stesso Papa, rivolgendosi alla Rota Romana, avvertiva l'anno scorso che «non può esserci confusione tra la famiglia voluta da Dio e ogni altro tipo di unione». In San Pietro, aprendo il convegno ecclesiale della sua diocesi, aveva spiegato che è proprio la «reciprocità e complementarietà nella differenza» tra uomo e donna, padre e madre, a «far crescere» e «maturare» i figli. Più volte il Papa ha parlato delle «colonizzazioni ideologiche» che negano «la prima e più fondamentale differenza, costitutiva dell'essere umano» e così «avvelenano l'anima» e «distruggono una società, un Paese, una famiglia».

Nel pieno del dibattito parlamentare sulla Cirinnà, un



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

02-MAR-2017
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

cardinale dialogante come Gualtiero Bassetti aveva spiegato al *Corriere* che le unioni civili andavano «riconosciute in quanto tali, omosessuali compresi», ma senza equiparazioni col matrimonio e figli, «per le adozioni ci vogliono un uomo e una donna».

Lo stesso cardinale Bagnasco aveva detto l'anno scorso che «i figli non sono mai un diritto, poiché non sono cose da produrre» e «i bambini hanno diritto di crescere con un papà e una mamma» perché «la famiglia è un fatto antropologico, non ideologico». In ogni caso, il ministro della Famiglia Enrico Costa ha detto ieri che il tema non è in discussione: «Va di moda evocare inesistenti vuoti normativi ma le leggi ci sono. Quella del Parlamento su alcuni temi eticamente sensibili non è inerzia, ma una presa di posizione ben chiara. Il legislatore può cambiare le proprie scelte, e se non ritiene di farlo si può non essere d'accordo, ma bisogna rispettarne l'orientamento».

Gian Guido Vecchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● La Corte d'Appello di Trento ha riconosciuto due uomini (uno è il padre biologico) come genitori di due gemelli nati in Canada con la «surrogata»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 01 MARZO 2017

Ministero Salute. Andrea Urbani, subcommissario della Calabria, sarà il nuovo direttore generale della Programmazione sanitaria

Prenderà il posto di Renato Botti che aveva lasciato l'incarico al ministero nel novembre scorso. Urbani lascerà così l'icarico di in Calabria dove era sub commissario dal 2013. Ma il M5S attacca: "Nuovo incarico incompatibile con ruolo svolto in Calabria, a prescindere dalle dimissioni. Perché si ritroverà ad adottare decisioni su atti e attività riferibili alla propria gestione commissariale e ad avere una posizione di potenziale influenza sulle verifiche riguardanti il Piano di rientro". Presentata un'interrogazione a Lorenzin.

Sarà **Andrea Urbani** il nuovo direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute. Urbani (vedi curriculum vitae) è attualmente sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro in Calabria, ruolo che ricopre dal 2013 e che si prepara a lasciare per prendere in mano il posto rimasto vacante con la nomina di **Renato Botti** a nuovo Direttore generale della sanità del Piemonte.

Contro la nomina di Urbani a direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero si è subito schierato il Movimento 5 Stelle. "È evidente a chiunque che Andrea Urbani non possa svolgere il ruolo di direttore generale della Programmazione sanitaria. È come se ad arbitrare una finale di Champions League fosse chiamato l'allenatore di una squadra finalista", afferma in una nota la deputata M5s **Dalila Nesci,** annunciando un'interrogazione rivolta al ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin.**

Nell'interrogazione si chiede a Lorenzin "se non ritenga di procedere immediatamente alla nomina di altra figura" per l'incarico apicale al Ministero. Secondo la deputata calabrese, "la nuova nomina del dottor Urbani è, con palmare evidenza, sempre incompatibile con l'avvenuto, ancorché corrente, svolgimento dell'incarico di sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Calabria, a prescindere dalla tempistica delle dimissioni da codesto ufficio, in quanto la stessa persona si ritroverà, nella nuova veste, ad adottare decisioni su atti e attività riferibili alla propria gestione commissariale della sanità calabrese e in ogni caso ad avere una posizione di potenziale influenza sulle verifiche degli adempimenti riguardanti il citato Piano di rientro".

Nell'interrogazione, la parlamentare ha ricordato, tra l'altro, d'aver già rilevato, "senza risposta dal ministro Lorenzin", una precedente "incompatibilità tra altri incarichi in capo al solo dottor Urbani, contemporaneamente revisore contabile di Agenas e sub-commissario per il rientro dal disavanzo sanitario della regione Calabria".

"La recente ricollocazione di Urbani, che sa tanto di premiazione politica, è – conclude Nesci – un caso di interesse nazionale, che conferma come nel governo non ci sia traccia di buon senso".

quotidianosanità.it

Mercoledì 01 MARZO 2017

Infezioni ospedaliere: il pericolo si annida (anche) nei pavimenti

Uno studio su American Journal of Infection Control. Secondo gli autori non viene posta adeguata attenzione alla loro disinfezione, nell'illusione che siano superfici che non vengono a contatto con le mani. In realtà il 41% delle strumentazioni e device medici (campanelli, cateteri, deflussori, ecc) sono spesso in contatto col pavimento. Inoltre basta raccogliere un oggetto caduto in terra per contaminare le mani

Il pericolo infezioni ospedaliere si annida anche nei pavimenti degli ospedali. E molto più di frequente di quanto si possa pensare. A lanciare l'allarme è uno studio appena pubblicato su *American Journal of Infection Control*, organo ufficiale dell'APIC (*Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*). Qualunque oggetto presente nella stanza del paziente può, cadendo a terra, venire contaminato da patogeni che al quel punto vengono rapidamente in contatto con le mani. Ma spesso sono anche strumentazioni e *device* medici ad essere in contatto con i pavimenti infetti.

Lo studio, firmato da **Abhishek Deshpande** e colleghi, ha preso in esame 318 campioni prelevati dal pavimento di 159 stanze occupate da pazienti (due campioni per stanza) presso 5 ospedali dell'area di Cleveland. Tra le stanze prese in esame ve ne erano anche alcune messe in isolamento per infezione da *Cl. difficile*.
I ricercatori americani hanno messo in coltura anche campioni prelevati dalle mani e dai guanti indossati dagli operatori sanitari, oltre a quelli prelevanti da superfici 'high-touch', quali abbigliamento, campanelli, *device* medici, lenzuola, manicotti di sfigmomanometri.

La ricerca ha evidenziato che i pavimenti delle stanze dei pazienti erano spesso contaminati da *Staphylo coccus aureus* meticillino-resistente (MRSA), Enterococco vancomicina-resistente (VRE) e *Cl. difficile*. Proprio quest'ultimo è risultato essere il patogeno più frequentemente isolato sia nelle stanze messe in isolamento che nelle altre.

Su 100 stanze esaminate, il 41% presentava uno o più oggetti frequentemente toccati e manipolati, a contatto con il pavimento. Tra questi, effetti personali,*device* e forniture mediche. La presenza di MRSA, VRE e *Cl. difficile* è stata riscontrata rispettivamente nel 18%, 6%, 3% dei campioni prelevati dalle mani nude o guantate che maneggiavano questi oggetti.

"Gli sforzi per migliorare la disinfezione nell'ambiente ospedaliero – ricorda Deshpande - generalmente si focalizzano sulle superfici che vengono a contatto con le mani degli operatori sanitari o dei pazienti. Sebbene i pavimenti delle corsie e delle stanze d'ospedale siano spesso pesantemente contaminati, si pone in genere una scarsa attenzione alla disinfezione dei pavimenti in quanto ritenuti superfici non destinate ad essere toccate con le mani. I risultati di questo studio suggeriscono invece che i pavimenti delle stanze dei pazienti possono rappresentare una fonte sottostimata di disseminazione dei patogeni e per questo dovrebbero costituire un'area di ricerca aggiuntiva".

"Comprendere i *gap* nel controllo delle infezioni – commenta **Linda Green**, presidente dell'APIC – è di importanza strategica per le istituzioni nel tentativo di migliorare la qualità di cura offerta ai pazienti. Sebbene la maggior parte degli ospedali siano convinti del fatto che stanno adottando le giuste precauzioni, questo studio sottolinea l'importanza di assicurare una migliore pulizia dell'ambiente ospedaliero e la necessità di sensibilizzare tanto lo staff che i pazienti all'argomento".

Maria Rita Montebelli

quotidianosanità.it

Mercoledì 01 MARZO 2017

Oms. Ecco la lista dei 12 batteri più resistenti. Contro i quali gli antibiotici possono ben poco

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto una lista dei batteri che maggiormente resistono all'azione degli antibiotici, classificandoli sulla base della pericolosità e del livello di resistenza. L'obiettivo dell'Oms è quello di spingere la ricerca e lo sviluppo nella messa a punto di nuovi antibiotici. Si tratta di 12 famiglie di batteri. La lista è divisa in tre categorie a seconda dell'urgenza della necessità di nuovi antibiotici. IL DOCUMENTO.

L'Oms ha pubblicato una prima lista di "patogeni prioritari" antibiotico-resistenti. Si tratta di un elenco di 12 famiglie di batteri che rappresentano la più grande minaccia per la salute umana. La lista è stata elaborata per indirizzare e promuovere la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici, nel quadro di una crescente resistenza globale ai farmaci antimicrobici. In particolare, l'elenco accende i riflettori sulla minaccia dei batteri gram-negativi resistenti a molteplici antibiotici.

Questi batteri riescono a circolare lungo il materiale genetico che consente ad altri batteri di diventare a loro volta resistenti. "Questa lista è un nuovo strumento per assicurare che la ricerca e lo sviluppo rispondano a urgenti esigenze di salute pubblica", afferma **Marie-Paule Kieny**, Assistente del Direttore Generale per i Sistemi Sanitari e l'Innovazione dell'Oms. "L'antibiotico-resistenza è in aumento e stiamo rapidamente esaurendo le opzioni di trattamento. Se lasciamo tutto alle sole forze di mercato, rischiamo che i nuovi antibiotici non siano sviluppati in tempo".

La lista è divisa in tre categorie a seconda dell'urgenza della necessità di nuovi antibiotici: priorità fondamentale, elevata e media. Il gruppo più importante include batteri resistenti a più farmaci che rappresentano una particolare minaccia in ospedali, case di cura e tra i pazienti la cui assistenza richiede dispositivi come ventilatori e cateteri.

Tra questi figurano Acinetobacter, Pseudomonas e vari componenti della famiglia delle Enterobacteriaceae (tra cui Klebsiella, E. coli, Serratia e Proteus). Possono causare infezioni gravi e spesso mortali come infezioni del flusso sanguigno e polmonite. Tali batteri sono diventati resistenti a un gran numero di antibiotici, tra cui i carbapenemi e le cefalosporine di terza generazione – i migliori antibiotici disponibili per trattare batteri resistenti a più farmaci. Il secondo e terzo livello della lista – le categorie con priorità elevata e media – contengono altri batteri sempre più resistenti ai farmaci che causano malattie più comuni, come gonorrea e avvelenamento da cibo causato dalla salmonella.

L'appuntamento di Berlino
Gli esperti di salute del G20 si incontreranno questa settimana a Berlino. "Necessitiamo di antibiotici efficaci per i nostri sistemi sanitari – dichiara **Hermann Gröhe**, Ministro federale della salute in Germania – Dobbiamo agire congiuntamente oggi, per un domani più sano. Quindi, discuteremo e porteremo all'attenzione del G20 la battaglia contro la resistenza agli antibiotici. La prima lista di patogeni con priorità globale dell'Oms è un nuovo importante strumento per difendere e indirizzare la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici".

La tubercolosi – la cui resistenza ai farmaci tradizionali è cresciuta negli ultimo anni – non è stata inclusa nell'elenco perché di essa si occupavano altri programmi dedicati. Altri batteri non presenti, come lo streptococcus A e B e la clamidia, hanno bassi livelli di resistenza ai trattamenti esistenti e non rappresentano una significativa minaccia alla salute pubblica.Il documento è stato sviluppato in collaborazione con il reparto di malattie infettive dell'Università di Tübingen, Germania, usando una tecnica di analisi decisionale multi-criterio, vagliata da un gruppo di esperti internazionali.

I criteri per la selezione dei patogeni sono stati: il grado di mortalità delle infezioni da essi causate, la necessità

o meno di lunghe degenze ospedaliere per il trattamento, la frequenza di resistenza agli attuali antibiotici quando vengono contratti dalle persone all'interno di una comunità, la possibilità o meno di prevenzione (attraverso una buona igiene e vaccinazione); il numero di opzioni di trattamento rimaste e la presenza o meno nella pipeline di R&S di nuovi antibiotici per trattarli.

"I nuovi antibiotici che si rivolgono a questa lista prioritaria di patogeni aiuteranno a ridurre i decessi dovuti a infezioni resistenti in tutto il mondo", afferma **Evelina Tacconelli**, primario del reparto di malattie infettive dell'Università di Tübingen e una delle principali personalità che hanno contribuito allo sviluppo della lista. "Aspettare più a lungo provocherà ulteriori problemi di salute e influirà terribilmente sulla cura dei pazienti".

ECCO L'ELENCO DELL'OMS

Priorità 1: FONDAMENTALE
1. Acinetobacter baumannii, resistente ai carbapenemi
2. Pseudomonas aeruginosa, resistente ai carbapenemi
3. Enterobacteriaceae, resistenti ai carbapenemi, produttori di ESBL

Priorità 2: ELEVATA
1. Enterococcus faecium, resistente alla vancomicina
2. Staphylococcus aureus, resistente alla meticillina, intermediato e resistente alla vancomicina
3. Helicobacter pylori, resistente alla claritromicina
4. Campylobacter, resistente ai fluorochinoloni
5. Salmonellae, resistente ai fluorochinoloni
6. Neisseria gonorrhoeae, resistente alle cefalosporine, resistente ai fluorochinoloni

Priorità 3: MEDIA
1. Streptococcus pneumoniae, non suscettibile alla penicillina
2. Haemophilus influenzae, resistente all'ampicillina
3. Shigella, resistente ai fluorochinoloni

healthdesk

01-03-2017

http://www.healthdesk.it/

LA LISTA NERA

Antibiotico-resistenza: i 12 batteri più pericolosi secondo l'Oms

Ecco la prima classifica dei 12 super batteri che minacciano la salute dell'umanità. È lo strumento che l'Oms mette in mano ai governi di tutto il mondo con uno scopo ben preciso: spronarli a sviluppare nuovi antibiotici secondo le priorità indicate. Perché non c'è tempo da perdere

Per sconfiggere il nemico bisogna prima conoscerlo. È con la pubblicazione della lista nera con i 12 super-batteri più pericolosi per la salute umana che la guerra all'antibiotico-resistenza entra nel vivo. Ed è una guerra globale, con l'Organizzazione Mondiale della Sanità scesa in prima linea per consegnare agli esperti di salute pubblica di tutto il mondo il primo dettagliato elenco di quella letale dozzina di microroganismi che rischia di catapultare l'umanità indietro di secoli, fino al medioevo della medicina quando si moriva a causa di banali infezioni. Più che una lista è una vera e propria classifica con i "ricercati" più temibili elencati in ordine di pericolosità: critica, alta e media. Uno strumento a uso dei governi del pianeta per sostenere progetti di ricerca mirati allo sviluppo di nuovi antibiotici. È una esplicita chiamata alla armi per enti pubblici e aziende private invitati a unire le forze contro la minaccia universale.

Ai primi posti ci sono i nemici pubblici numero uno, i batteri multi resistenti, capaci di sopravvivere all'attacco di tutti gli antibiotici esistenti compresi i carbapenemi e le cefaolosporine di terza generazione. Stiamo parlando di Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa e dei batteri della famiglia delle Enterobacteriaceae (Klebsiella, E. coli, Serratia, e Proteus).

Sono i super bug responsabili delle infezioni ospedaliere spesso letali del sangue o dei polmoni. Contro di loro si è completamente disarmati, i comuni antibiotici non funzionano.

Della seconda categoria, altamente pericolosa, fanno parte altri germi responsabili di malattie comuni ben noti a chi è da anni in trincea nella guerra all'antibiotico-resistenza: Staphylococcus aureus resistente alla meticillina e alla vancomicina, Helicobacter pylori, resistente alla claritromicina, Campylobacter resistente alla classe di antibiotici fluorochinoloni. Completano la lista del secondo blocco i batteri che negli ultimi anni stanno diventando sempre più resistenti a fluorochinoloni e

cafalosporine come Salmonella e Neisseria gonorrhoeae.

In fondo alla classifica ci sono i super batteri mediamente pericolosi, Streptococcus pneumoniae, non suscettibile alla penicillina, Haemophilus influenzae, resistente alla ampicillina, Shigella resistente ai fluorochinoloni.

Per la selezione dei 12 batteri da inserire nell'elenco dei germi "most wanted", effettuata in collaborazione con l'Università di Tubinga in Germania, i ricercatori si sono attenuti ai seguenti criteri: hanno valutato il rischio di provocare infezioni mortali, la necessità di ricoveri ospedalieri per la cura, il livello di resistenza agli antibiotici attualmente in uso, la capacità di contagio da una specie a un'altra (uomo-animale) o da un essere umano all'altro, la possibilità di prevenire l'infezione, l'esistenza di trattamenti alternativi e lo sviluppo di nuovi antibiotici in corso.

«Questa lista è un nuovo strumento necessario per assicurare che la Ricerca e Sviluppo risponda ai bisogni urgenti di salute pubblica - ha dichiarato Marie-Paule Kieny, dirigente Oms per i sistemi sanitari e l'innovazione - La resistenza agli antibiotici è in crescita e stiamo rapidamente esaurendo i trattamenti a disposizione. Se lasciamo che sia solo il mercato a intervenire i nuovi antibiotici di cui abbiamo urgentemente bisogno non saranno pronti in tempo».

Resta fuori dalla lista la tubercolosi, nonostante la resistenza alle tradizionali terapie sia aumentata negli ultimi anni, perché la malattia infettiva rientra in altri programmi specifici dell'Oms. Volutamente esclusi dalla classifica, lo streptococco A e B e la clamidia non sono considerati per ora particolarmente pericolosi, perché fortunatamente sono ancora sensibili agli antibiotici in uso.

«I nuovi antibiotici mirati su questa lista di patogeni aiuterà a ridurre le morti dovute alle infezioni resistenti in tutto il mondo - ha dichiarato Evelina Tacconelli, infettivologa all'università Tubingen in Germania, principale autore della lista - Aspettare ancora provocherebbe maggiori problemi di salute pubblica con conseguenze drammatiche per la cura dei pazienti».

Lo sviluppo dei nuovi antibiotici è chiaramente in cima alla lista dei propositi dell'Oms, ma la ricerca da sola non può risolvere il problema. Gli esperti insistono sulla necessità della prevenzione delle infezioni e sull'impiego appropriato degli attuali farmaci destinati agli esseri umani e agli animali. La regola dell'uso corretto, ricordano gli esperti, vale anche per gli antibiotici del futuro.

quotidianosanità.it

Mercoledì 01 MARZO 2017

Biosimilari. Federsanità Anci: “Puntare su informazione, sostituibilità e intercambiabilità”

Assicurare una maggiore informazione ai pazienti e garantire un accesso omogeneo su tutto il territorioo nazionale. Questi alcuni dei contenuti del Position Paper sui farmaci biosimilari, discusso con gli operatori del settore nell’ambito del convegno “Il valore dei farmaci biosimilari nella governance della spesa”. Ecco i dettagli del DOCUMENTO.

Il loro prezzo rappresenta una grossa opportunità per il Sistema Sanitario Nazionale. Grazie ai farmaci biosimilari, secondo le stime di Assogenerici, per il 2020, il risparmio annuo potrà arrivare a 500 milioni di euro. Complessivamente, le aziende sanitarie risparmierebbero il 4% circa sull’attuale spesa complessiva destinata ai medicinali.

Cifre che Federsanità Anci ha messo nero su bianco nel **Position Paper** sui farmaci biosimilari, già presentato lo scorso anno in Aifa, e oggi, 1 marzo 2017, discusso con gli operatori del settore nell’ambito del convegno dal titolo “**Il valore dei farmaci biosimilari nella governance della spesa**”, organizzato da Federsanità Anci, in collaborazione con Sifeit.

Informazione, sostituibilità e intercambiabilità: sono questi i punti focali del documento. Il Position Paper ha lo scopo di individuare le principali criticità, sia culturali che organizzative, che rendono difficile l'accesso a questa tipologia di farmaci. Lo sviluppo di prodotti simili ha aperto nuove frontiere nei percorsi di cura, ma ha anche reso più problematica la governance del settore stesso. Per questo, è richiesta una grande attenzione sia nella somministrazione, sia nella gestione.
Ma vediamo nel dettaglio i principali contenuti del Paper Position.

Che cos'è un farmaco biosimilare
Il processo di produzione di un biosimilare può portare ad un principio attivo che dal punto di vista chimico non è identico all'originator, ma essenzialmente simile. Questa differenza, tuttavia, non implica necessariamente diversità anche nell’ efficacia clinica. Per questo Federsanità Anci sottolinea che non è concettualmente corretto comparare i farmaci biosimilari a quelli equivalenti e, quindi, applicare le stesse regole, in particolare quella della sostituibilità automatica.

Agire sull'informazione
Secondo Federsanità Anci, sui biosimilari c'è una scarsa informazione che induce i medici prescrittori a fare delle resistenze che, spesso, possono essere trasferite sui pazienti. Ciò si traduce in un utilizzo riservato quasi esclusivamente agli ambienti ospedalieri, oppure a delle prescrizioni fatte dai medici specialisti.
Tutto ciò accade senza tener conto che i farmaci biosimilari, pur se complessi come i biologici nella loro gestione, rappresentano una delle principali opportunità per il nostro SSN. “Federsanità ANCI – ha detto il presidente **Angelo Lino Del Favero** - ha lavorato sul tema dei farmaci biosimilari nella convinzione che sia una delle strade per garantire la sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Ancora oggi nonostante i risultati incoraggianti nell'utilizzo nelle strutture sanitarie per la cura di alcune patologie, c'è ancora un muro di pregiudizi di abbattere. Dobbiamo lavorare per promuovere le tre "p" che devono caratterizzare la sanità italiana ovvero la medicina predittiva, la personalizzazione delle cure e la partecipazione dei pazienti. L'erogazione attraverso le strutture pubbliche di farmaci biosimilari deve essere uno degli strumenti per garantire questi obiettivi”.

L'economia dei farmaci biosimilari
Quando si afferma che i farmaci biosimilari possano avere un impatto positivo sull'economia, non ci si riferisce soltanto al loro prezzo accessibile. Un recente studio ha confermato una vecchia intuizione: i biosimilari, entrando nel mercato, hanno ridotto i prezzi anche degli altri medicinali. In Italia sono stati presi in esame tre

mercati, nel periodo che va dal 2006 al 2013. L'effetto dell'introduzione dei biosimilari ha portato ad una riduzione del prezzo degli altri farmaci rispettivamente del 9, 12 e 25%.

Il mercato europeo è uno dei più floridi al mondo
L'Europa, con 20 farmaci biosimilari approvati, si piazza al primo posto della classifica globale. A seguire c'è l'Australia con un distacco di 12 punti, il Giappone ne ha approvati sei. Guardando nel dettaglio la situazione dei singoli stati europei è possibile notare che, in Italia, il mercato dei biosimilari è in forte sviluppo.

L'obiettivo dell'incontro romano è stato anche quello di costituire un'alleanza, fra i vari interlocutori competenti, proprio per favorire un impiego corretto e consapevole dei farmaci biosimilari. "Nel nostro Paese – ha sottolineato **Giuseppe Assogna** Presidente Sifeit, Società Italiana per Studi di Economia ed Etica sul Farmaco e sugli Interventi Terapeutici - abbiamo una domanda di salute in continuo aumento e abbiamo per fortuna molti nuovi farmaci, in particolare quelli cosiddetti innovativi, che consentono e consentiranno in futuro di ottenere risultati clinici un tempo assolutamente non ipotizzabili. I farmaci biologici rappresentano una risorsa terapeutica essenziale per il trattamento di diverse malattie gravi, come ad esempio l'artrite reumatoide, la psoriasi, le malattie infiammatorie croniche dell'intestino e alcuni tipi di tumore, ma il loro costo incide in modo non trascurabile sul SSN. I farmaci biosimilari, utilizzati in modo appropriato, possono svolgere un ruolo fondamentale, sia offrendo una più ampia opportunità di accesso ai farmaci biologici, sia liberando risorse da destinare all'innovazione terapeutica, rendendola sempre più accessibile".

I regolamenti
Proprio in virtù della loro particolarità, durante la fase di registrazione di un farmaco biotecnologico o di un biosimilare viene data maggiore attenzione alle caratterizzazioni del principio attivo, in quanto molto più complesso rispetto ai farmaci di origine chimica. A tal proposito, l'Ema ha recentemente pubblicato la revisione delle linee guide in materia. Il principale cambiamento, come sottolineato nel Paper Position, è la possibilità per gli sviluppatori di farmaci di utilizzare un compratore autorizzato al di fuori dell'EEA (european economic area), per facilitare lo sviluppo globale ed evitare inutili ripetizioni delle sperimentazioni cliniche.

Sostituibilità
A livello europeo, l'Ema, si è pronunciata anche sulla sostituibilità fra le categorie di farmaci: può essere decisa solo dai sanitari qualificati. Lo stesso è stato affermato anche dall'Aifa che, però, esclude la possibilità di una sostituzione automatica in quei pazienti che sono già in terapia. Laddove invece viene effettuata una nuova diagnosi l'Aifa ne consiglia l'adozione. In molte Regioni italiane è stata espressa con chiarezza la posizione che il biosimilare deve essere la prima scelta per i pazienti naive.

La farmacovigilanza
Per garantire una sicurezza che duri nel tempo e prevenire eventuali eventi avversi è stata prevista la farmacovigilanza, ossia una serie di attività che garantiscano un rapporto beneficio-rischio favorevole, anche dopo l'entrata in commercio. Le aziende produttrici devono prendere nota di tutte le eventuali reazioni avverse riscontrate e comunicarle tempestivamente.

Garantire l'accesso alle cure uniformemente sul territorio è in ogni caso la chiave di volta per intraprendere percorsi terapeutici adeguati: "È sempre più urgente la ricerca di nuovi modelli in grado di assicurare ai pazienti i farmaci di cui hanno bisogno, garantendo libertà prescrittiva del clinico, continuità terapeutica e sostenibilità. Oggi le Regioni – ha dichiarato il Segretario Generale di Federsanità Anci **Lucio Alessio D'Ubaldo** - si muovono in ordine sparso: alcune hanno imposto ai clinici l'uso dei farmaci biosimilari per ragioni di sostenibilità, altre hanno individuato sistemi di approvvigionamento più flessibili garantendo la disponibilità sia di originator, sia di biosimilari. Sarebbe importante armonizzare il sistema territoriale e quello ospedaliero ed evitare, per esempio, che un paziente in trattamento con un farmaco distribuito a livello territoriale non possa riceverlo in ospedale in caso di ricovero e debba essere sottoposto a uno switch obbligato, attualmente non raccomandato. In ogni caso è importante tutelare il bisogno di salute della popolazione attraverso la garanzia clinica del percorso terapeutico diagnostico".

Dieci anni di biosimilari
L'ingresso dei biosimilari sul mercato europeo, dieci anni fa, ha trasformato le cure più innovative e costose da privilegio per pochi a diritto per migliaia di pazienti. "Ma perché questi prodotti possano esprimere al massimo le proprie potenzialità – ha spiegato **Manlio Florenzano** Coordinatore IBG (Italian Biosimilar Group)- Assogenerici - sono essenziali regole più chiare e condivise di accesso al mercato, maggiore informazione scientifica indirizzata ai clinici e un maggiore coinvolgimento dei pazienti. Le nuove norme per le procedure pubbliche d'acquisto introdotte con la Legge di Bilancio 2017 – che rappresentano un importante passo avanti verso l'omogeneizzazione dell'utilizzo dei biosimilari – dovrebbero garantire nei prossimi tre anni una minore

spesa di oltre 500 milioni di euro. Si tratta di una chance irrinunciabile sia per il Ssn che per il comparto industriale nel suo complesso, nell'ottica della sostenibilità complessiva, a patto che le risorse generate dal mercato dei biosimilari vengano reinvestite fino all'ultimo centesimo per garantire ai pazienti l'accesso ai farmaci innovativi. Questo traguardo può essere raggiunto solo attraverso un dialogo condiviso con le istituzioni e tutti gli stakeholder del settore, con l'obiettivo della piena comprensione del valore di questa risorsa terapeutica al fine di proteggere i pazienti, specie i più deboli, dal rischio di un mancato accesso alle migliori cure ".

Tra leggi e storia

Il primo prodotto biosimilare è stato prodotto da Sandoz, approvato e introdotto in Australia. Nonostante questo l'Europa è stata la prima realtà a dotarsi di una regolamentazione quadro per i farmaci biosimilari. Infatti, la direttiva 2001 /83/EC Del 2001 e le successive linee guida del 2004 hanno contribuito a rendere trasparente il quadro. Nonostante gli esperti del settore abbiamo sottolineato, da più punti di vista, quanta strada ci sia ancora da fare, l'Europa ha già raggiunto ottimi risultati. Oggi, con il 40%, della quota totale, domina una grossa fetta del mercato mondiale.

ABOUTPHARMA ONLINE

01-03-2017

lettori 94.000

http://www.aboutpharma.com/

Medicina scienza e ricerca

Biosimilari, triplicato l'uso nell'ultimo anno

Lo ha dichiarato Sergio Liberatore, Ceo di Quintiles-Ims Italia al convegno "Il valore dei farmaci biosimilari nella governance della spesa". La scadenza di alcuni brevetti di farmaci biologici da qui ai prossimi tre anni, inoltre, aprirà nuove opportunità di mercato

Volumi triplicati nel 2016. Questa è la fotografia del mercato dei biosimilari fatta da Sergio Liberatore, amministratore delegato di Quintiles-Ims Italia al convegno "Il valore dei farmaci biosimilari nella governance della spesa". In Europa si concentra l'83% del mercato dei biosimilari, ma il Ceo tende a sottolineare l'esistenza di un paradosso con l'altra sponda dell'Atlantico. Negli Stati Uniti, mercato dominante per i farmaci biologici (in cui si concentra il 57% del mercato globale), i biosimilari hanno una quota di mercato dell'1%. Nel nostro Paese il 66% del mercato dei biosimilari è assorbito dall'eritropoietina, ma ci sono farmaci come ad esempio gli anti-tnf, per le malattie infiammatorie croniche, o i biosimilari dell'insulina che sono stati introdotti da poco e hanno un potenziale importante di crescita. È possibile calcolare anche dei potenziali risparmi che deriverebbero dall'utilizzo dei biosimilari. Infatti data la scadenza di alcuni brevetti su farmaci biologici, entro il 2020 dovrebbero "liberarsi" circa cinquanta miliardi di euro. "Questo potenziale di mercato in Italia – aggiunge Liberatore – ha un valore di sei miliardi". Il risparmio possibile per effetto della concorrenza del biosimilare potrebbe essere pari a dieci miliardi in cinque anni in Europa e oltre un miliardo in Italia.

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

Sanità24 Il Sole 24 ORE

1 mar 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER
STAMPA

DAL GOVERNO

Tutta la verità sul taglio da 422 milioni

di *Nino Cartabellotta (presidente Fondazione Gimbe)*

La vigilia di San Valentino è stata animata da un infuocato botta e risposta tra le Regioni e la ministra della Salute dopo l'Intesa che ha portato alla riduzione di 422 mln del Fondo sanitario 2017. Un passo che viene da lontano. E che è bene riassumere in tutti i suoi passaggi. Nella consapevolezza che il dibattito è animato da militanze partitiche che, sotto un "Governo di circostanza", sono già in campagna elettorale e cercano di indebolirsi a vicenda, i cittadini hanno il diritto di conoscere la verità.
Il comma 680 della legge di Stabilità 2016 prevedeva per Regioni e Pa un contributo alla finanza pubblica di 3,98 mld nel 2017 e di 5,48 mld per il 2018 e il 2019, in ambiti e importi proposti, nel rispetto dei Lea, da recepire con Intesa Stato-Regioni entro il 31 gennaio di ogni anno.
Con l'Intesa dell'11 febbraio 2016 il «contributo alla finanza pubblica» è stato convertito in «contributo del Ssn alla complessiva manovra a carico delle Regioni», definita dalla manovra 2016. In altre parole, se questa rimandava al 31 gennaio di ogni anno la proposta delle Regioni sul contributo alla finanza pubblica, lasciando margini di recupero di risorse per la Sanità, l'Intesa del 11 febbraio 2016 ha sancito che il contributo per gli anni 2017-2019 graverà quasi tutto sulle spalle della Sanità (3,5 mld per il 2017 e di 5 mld per il 2018 e 2019). Pertanto, le Regioni sono assolte dal compito di presentare proposte e il Governo da quello di valutarle e la definizione del riparto del contributo residuo (1,44 mld in tre anni) viene rinviato a successive Intese da definire entro il 31 gennaio di ogni anno.
La Legge di Bilancio 2017, al comma 392 ha definito il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard: 113 mld per il 2017, 114 per il 2018 e 115 mld per il 2019. Tuttavia, il comma 394 ha precisato che, se entro il 31 gennaio 2017 le Regioni a statuto speciale non sottoscrivono specifico accordo con lo Stato, scatta il recupero delle somme stabilite a valere sul fondo sanitario nazionale, corrispondenti per il 2017 a 480 mln. Quasi tutte le Regioni a statuto speciale hanno già fatto ricorso alla Consulta, ritenendo di non dovere versare alcun contributo perché la sanità è già direttamente a loro carico: in particolare, il ricorso alla manovra 2016 ha permesso a V. d'Aosta, Sicilia, Sardegna e Friuli V.G. di sfilarsi dal contributo. Con le stesse motivazioni, queste ultime due Regioni hanno già presentato ricorso alla Consulta contro la legge di Bilancio 2017.

Nei fatti, è stato solo applicato quanto previsto dall'Intesa dell'11 febbraio 2016: le Regioni "ordinarie" avevano già accettato di farsi carico del contributo residuo in caso di mancato raggiungimento dell'accordo con quelle "speciali". Il contributo ammonta a 422 mln (invece di 480) perché Trentino A.A. e le Pa di Trento e Bolzano hanno definito con il Patto di Garanzia (legge 190/2014, comma 408) il concorso agli obiettivi di finanza pubblica.

In sintesi, al di là delle dichiarazioni strumentali tipiche di un dibattito pre-elettorale, fatti e numeri dimostrano alcune inequivocabili verità:
-non esistono "nuovi tagli" perché - come cantava Riccardo Cocciante - «era già tutto previsto» con l'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 che ha scaricato sulla sanità il contributo alla finanza pubblica che le Regioni avrebbero, almeno in parte, potuto recuperare da altri settori;
- la stessa Intesa concedeva alle Regioni a statuto speciale la possibilità di presentare una proposta che non obbligava ad attingere interamente dalla sanità. Ma senza proposta entro il 31 gennaio, il Governo è legittimato a recuperare le risorse dalla sanità a carico delle Regioni a statuto ordinario;

- la legislazione concorrente, che continua a far sentire i suoi effetti dopo il No al referendum, e i meccanismi che consentono alle Regioni a statuto speciale di sfilarsi dal contributo alla finanza pubblica rappresentano i peccati originali che oggi portano alla riduzione di 422 mln del fondo sanitario;
- del tutto inutile e strumentale la richiesta di intervento della Lorenzin invocata da forze politiche, organizzazioni civiche e sindacati: il ministro della Salute non ha alcun potere per evitare questa riduzione del fondo sanitario. In ogni caso, a dispetto delle sue rassicurazioni, è altrettanto vero che 422 mln in meno non potranno non avere un impatto sull'erogazione dei Lea, siano essi “nuovi” o “vecchi”: infatti gli 800 mln sono destinati (ma non vincolati) alla copertura dei nuovi Lea e largamente sottostimati.

Last not but least, considerato che la legge non ammette ignoranza, che si metta nero su bianco una volta per tutte: il contributo di 480 mln alla finanza pubblica da parte delle Regioni a statuto speciale è previsto anche per il 2018 e il 2019 e, visti i precedenti, il conto lo pagherà il Ssn. Meglio dunque non contare su queste risorse, piuttosto che illuminare le prossime vigilie di San Valentino con scintille non d'amore, ma di guerra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 27.946
Diffusione 12/2016: 22.115
Lettori Ed. I 2016: 114.000
Quotidiano - Ed. Piacenza

LIBERTÀ

Dir. Resp.: Stefano Carini

02-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

«Io, agente alle Novate soffocata dal fumo passivo»

La donna: questa assurda situazione mi ha provocato lesioni alle corde vocali, chiedo solo controlli e il rispetto della normativa

Simona Segalini
simona.segalini@liberta.it

PIACENZA

● «Il fumo di sigaretta, sul posto di lavoro, è fuori da ogni regola. Ogni giorno devo sopportarlo, ma dopo anni di tolleranza e malanni che mi sono venuti in conseguenza, ne ho abbastanza. E a voce alta chiedo il rispetto delle regole, niente di più».

A parlare è un'agente della polizia penitenziaria in servizio alla Casa Circondariale delle Novate, a Piacenza. Parla interrompendosi spesso, per schiarirsi la voce spezzata di frequente da accesi colpi di tosse.

«Io non fumo - prosegue - e non soffro di particolari patologie ai polmoni. Gli esami medici hanno evidenziato una forte infiammazione della gola e delle corde vocali, determinata dall'esposizione al fumo degli altri».

La donna lavora da molto tempo alle Novate. Secondo la sua testimonianza, il fumo di sigaretta sarebbe purtroppo una consolidata consuetudine, appartenente sia ai detenuti che a diversi colleghi.

«C'è fumo anche in ambienti chiusi, nonostante i divieti vigenti. I cartelli che indicano il divieto vengono tolti e rimessi, tolti e rimessi. Qua la normativa non è sempre rispettata, e la conseguenza è che, dopo 25 anni di permanenza in ambienti chiusi, in ospedale mi è stata diagnosticata una lesione da fumo passivo. Credo che sia un mio diritto - dichiara la donna - che il divieto venga fatto rispettare».

Nella circolare del Ministero della Salute del 17 dicembre 2004 è scritto che "il divieto di fumare trova applicazione non solo nei luoghi di lavoro pubblici ma anche in quelli privati che siano aperti al pubblico o agli utenti. Tale accezione comprende gli stessi lavoratori dipendenti, in quanto "utenti" dei locali nell'ambito dei quali prestano la loro attività lavorativa. E' infatti interesse del datore di lavoro mettere in atto e far rispettare il divieto, anche per tutelarsi da eventuali rivalse da parte di tutti coloro che potrebbero instaurare azioni risarcitorie per danni alla salute causati dal fumo."

Nella stessa circolare è evidenziato che "l'esposizione passiva a fumo derivante dalla combustione del tabacco è un fattore di rischio cancerogeno accertato e si considera fattore di rischio lavorativo qualora sia presente nei luoghi di lavoro".

«Ho segnalato tantissime volte la situazione ma il problema non è finito. Qualche volta mi "salvo" stando vicina ad una finestra spalancata, ma questo non è sempre possibile, vuoi perchè c'è freddo fuori, oppure perchè il locale non ha aperture. Ho diritto di lavorare, anzi, devo lavorare, ma non ho l'obbligo di rovinarmi la salute. E non posso sempre darmi malata perchè ho tossito per l'intera notte e i farmaci non mi fanno più niente. Le lesioni alle corde vocali provocate da questa assurda situazione sono documentate dai medici che mi hanno visto e visitato. Ho pure speso soldi in questi anni per curarmi. A questo punto non ho paura a chiedere controlli veri sulla qualità dell'aria alle Novate, e il rispetto della normativa sul fumo nei luoghi di lavoro».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

02-MAR-2017
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

IL DIBATTITO

Il biotestamento torna in aula (sull'onda emotiva)

Il 13 marzo il Parlamento discuterà ancora del fine vita. Dopo anni persi nelle commissioni

IL NODO

Tra gli articoli più contestati la possibilità che si possano rifiutare nutrizione e idratazione

Francesca Angeli

Roma Testamento biologico, dichiarazioni anticipate di trattamento (*Dat*), eutanasia passiva e attiva. Il 13 marzo prossimo il Parlamento tornerà a discutere del tema del diritto alla morte. E lo farà ancora una volta condizionato dall'onda emotiva che ha accompagnato la scelta del dj Fabo di morire in Svizzera con un suicidio assistito. Come già accadde dieci anni fa il clamore del caso di Piergiorgio Welby e poi quello di Eluana Englaro indussero la politica ad affrontare un argomento che in Italia alla fine si è sempre infranto sul muro eretto dai cattolici o comunque da chi crede che la vita non sia a disposizione dell'individuo, che quindi non ha il diritto di decidere quando interromperla. Il ddl che sarà discusso dall'aula di Montecitorio si trascina da anni tra le varie commissioni e dunque avrebbe potuto essere licenziato da tempo e francamente questo appare come il momento più sbagliato per affrontarlo così come era sbagliato per lo stesso motivo discutere di testamento biologico quasi in contemporanea con l'annuncio della morte di Eluana Englaro per l'interruzione dell'alimentazione artificiale. Il Parlamento ha la grave responsabilità di aver fatto passare tutti questi anni senza aver saputo dare risposte. Il caso del dj Fabo poi spinge il confronto in un campo ancor più spinoso perché mentre per la Englaro si poteva fare riferimento ad una interruzione delle terapie in questo caso ci si trova di fronte ad un caso di suicidio assistito dove il gesto decisivo viene compiuto dal malato messo però nelle condizioni di agire dal medico. Un caso assolutamente non ammesso dalla nostra legislazione mentre la nostra Costituzione tutela il diritto del paziente a rifiutare le cure. Anche se ci si deve intendere su quello che significa "cure". Idratazione ed alimentazione artificiale ad esempio per i cattolici non possono essere considerate terapie e non possono essere respinte. Il ddl che approderà alla Camera all'articolo 1 stabilisce che «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata» e che il consenso informato deve essere espresso in forma scritta. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente che però «non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali». Nell'articolo 2 si disciplinano i casi in cui siano coinvolti minori e pazienti incapaci. Il più controverso è l' articolo 3 che definisce le *Dat* stabilendo che il cittadino «in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi» potrà esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari «nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, ivi comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

02-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Eutanasia, il 74% chiede una legge Svolta dei cattolici

▶Sondaggio Swg dopo il caso Dj Fabo
In 20 anni favorevoli quasi raddoppiati

ROMA Il 74 per cento degli italiani chiede una legge sull'eutanasia assistita. Una maggioranza schiacciante. È il risultato del sondaggio Swg dopo il caso del Dj Fabo. In venti anni i favorevoli alla legge sono quasi raddoppiati. Soltanto il 20 per cento dei cattolici è contrario in modo deciso: tra loro prevalgono i favorevoli a certe condizioni, non c'è ancora un'apertura totale, ma i contrari sono ampiamente minoritari.

Pucci e Ventura a pag. 7

Il sondaggio

Fine vita

Il 74% degli italiani dice sì all'eutanasia

▶Swg: apertura anche da 4 cattolici su 5. I più refrattari tra 35 e 44 anni

▶Vent'anni fa i contrari erano il 42%, oggi sono solo il 10%

RICERCA CONDOTTA NEL PIENO DELL'ONDATA EMOZIONALE PER LA VICENDA DEL GIOVANE DJ

LA SVOLTA DOPO IL CASO ENGLARO ANCHE CHI SI DICE DI DESTRA È IN MAGGIORANZA FAVOREVOLE

IL FOCUS

Una maggioranza schiacciante di italiani è favorevole alla possibilità di eutanasia assistita, per la precisione quasi tre su quattro, il 74 per cento. Solo uno su dieci i contrari. Indecisi il 16 per cento, una cifra bassa.

FATTORE NORDEST

I Sì prevalgono più tra gli uomini e nel Nordest (Trentino, Veneto, Friuli e Emilia Romagna), tra i baby boomers (classe 1950-60, i figli del '77) e ovviamente a sinistra. I No pescano qualche consenso in più tra i figli dei baby boomers, i 35-44enni, più tradizionalisti dei genitori, poi nel centro-destra e tra i cattolici (ma 8 cattolici su dieci sono comunque favorevoli alla legge). Quasi un plebiscito, che conferma la tendenza degli italiani ad abbandonare le posizioni di intransigenza ideologica contrarie alla "dolce morte". In pratica, i No sono passati dal 42 per cento nel 1997 ad appena il 10 vent'anni dopo.

Questo lo scenario fotografato dai sondaggisti di SWG per "Il Messaggero", in un'indagine su un campione di 1000 italiani sopra i 18 anni realizzata tra il 27 febbraio e il 1° marzo, ossia nei giorni in cui la vicenda di Dj Fabo e del suo ultimo viaggio in Svizzera ha tenuto banco, tragicamente, sulle prime pagine di giornali e Tv.

LA DOMANDA

La domanda di SWG è inequivoca e direttamente collegata all'attualità: «Dj Fabo si è dovuto recare in Svizzera per porre fine alle sue sofferenze attraverso il suicidio assistito. Secondo lei sarebbe giusto che questa pratica fosse consentita anche in Italia?». Quesito secco, appunto, risposte nette. Enzo Risso, direttore scientifico di SWG, spiega che l'indagine è stata condotta «nel pieno di un'onda emozionale» dovuta alla notizia che Dj Fabo aveva scelto l'eutanasia, in ogni caso i risultati so-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

02-MAR-2017
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

no coerenti con l'evoluzione storica di vent'anni nell'atteggiamento degli italiani pro o contro l'eutanasia.

«Nel 1997 l'opinione pubblica era di fatto divisa tra il 50 per cento di Sì, a cui s'aggiungeva l'8 per cento di Sì a determinate condizioni, e lo schieramento dei fortemente contrari che toccava il 42-44 per cento. Con il tempo – conclude Risso – il No si è andato sgretolando finché nel 2009, con il caso Englaro, l'iniziale 42 per cento di contrari è sceso al 14, mentre l'8 per cento per il Sì condizionato è salito al 44». Lo scorso dicembre, già prima del caso Dj Fabo, la proporzione si era ormai spostata a netto vantaggio dei favorevoli all'eutanasia assistita. I Sì erano complessivamente l'88 per cento, suddivisi tra favorevoli in assoluto (42 per cento) e Sì condizionato (46). Non si trattava di un'apertura totale, ma comunque di una netta prevalenza di favorevoli.

40ENNI TRADIZIONALISTI

La vicenda di Dj Fabo ha portato a una ulteriore accentuazione del Sì, mentre il No secco è sceso dal 12 al 10 per cento. «Il dato forse più significativo – aggiunge Risso – è che soltanto il 20 per cento dei cattolici è contrario in modo deciso, e per cattolici intendiamo i praticanti che vanno tutte le domeniche a messa. Tra loro prevale il Sì a certe condizioni, non c'è ancora un'apertura totale ma comunque il No è ampiamente minoritario». Un altro dato interessante è quello relativo alle fasce più refrattarie all'apertura. Anzitutto i 35-44enni, più tradizionalisti rispetto ai genitori, che «da ragazzi avevano fatto battaglie per i diritti civili e consentito la vittoria dei progressisti nei referendum su aborto e divorzio». Un altro elemento che spicca è il fatto che «l'opinione pubblica è avanti rispetto alla classe politica, affronta questi temi – dice Risso – con un atteggiamento meno ideologico e più umano, attento alle sofferenze e finalizzato al bene delle persone, a cercare vie d'uscita dalle situazioni irrecuperabili». Non soltanto.

DESTRA E SINISTRA

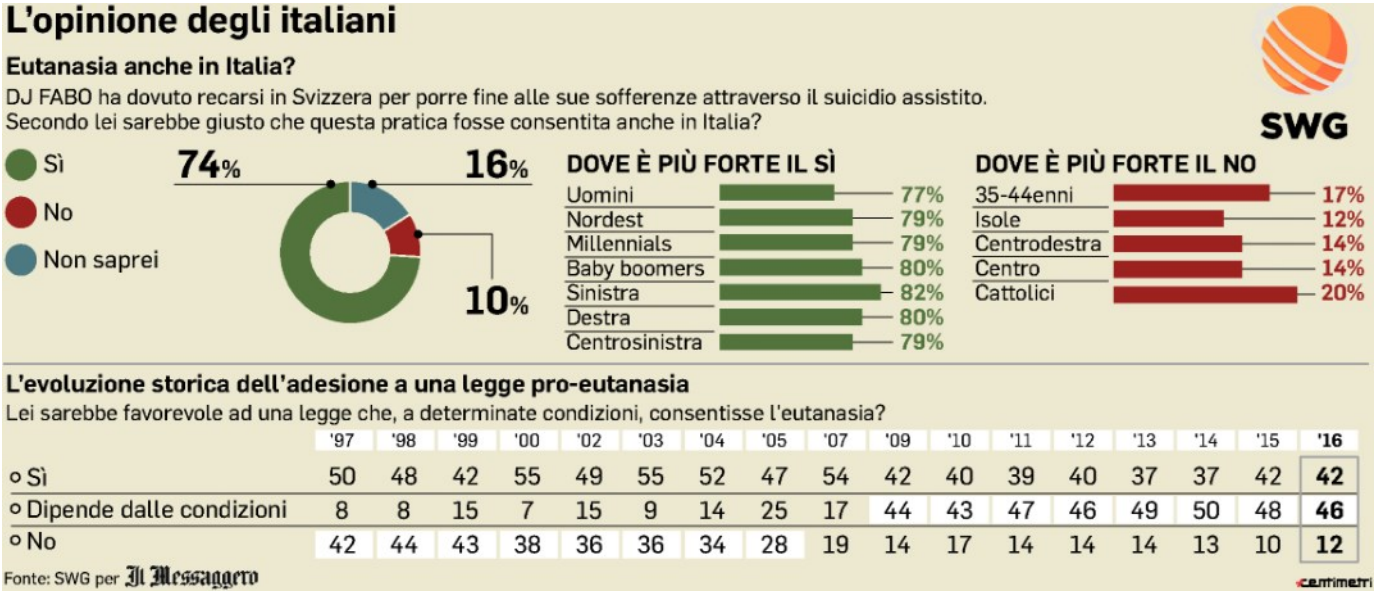
«È vero che la sinistra è schierata decisamente per il Sì, ma anche la destra è in maggioranza favorevole alla legge». Il Sì è più forte tra gli uomini che tra le donne, seppur di poco (72 per cento di Sì tra le donne, 77 tra gli uomini), forse per via di segmenti popolari «meno informati o un po' più cattolici».

POCHI INDECISI

Il Sud è in linea col dato nazionale, mentre il Nordest geografico opta per il Sì ben oltre la media nazionale (79 per cento) e una porzione di contrari in più si registra al Centro (14 per cento) e sulle isole (12), senza però stravolgere l'equilibrio tra Sì e No. Infine, resiste un 16 per cento di indecisi, ma è «strano che questa percentuale sia così bassa, di solito gli indecisi sono molti di più, anche qui l'incertezza è diminuita nel corso degli anni». In conclusione, il tema dell'eutanasia è entrato ormai nell'agenda della pubblica opinione, «perché la gente chiede soluzioni, risposte a problemi reali, e vuole che si tenga conto anzitutto delle esigenze e sofferenze delle persone».

Marco Ventura

© RIPRODUZIONE RISERVATA



	'97	'98	'99	'00	'02	'03	'04	'05	'07	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16
Sì	50	48	42	55	49	55	52	47	54	42	40	39	40	37	37	42	42
Dipende dalle condizioni	8	8	15	7	15	9	14	25	17	44	43	47	46	49	50	48	46
No	42	44	43	38	36	36	34	28	19	14	17	14	14	14	13	10	12

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

02-MAR-2017
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

MEDICI CATTOLICI

«Rispettare l'uomo che soffre condividendo la sua esperienza Serve un grande impegno per promuovere la cultura della vita»

«Dj Fabo ha visto faccia a faccia il suo Creatore, Colui che lo ha pensato, voluto, gli ha dato la vita, lo ha apprezzato, lo ha associato nel suo mistero e lo ha sempre, anche oggi, teneramente amato. DjFabo ha incontrato chi può accogliere tutta la sua persona e la sua fatica». È un messaggio intriso di pietà cristiana quello diffuso da Alberto Cozzi, presidente della sezione milanese dell'Associazione italiana medici cattolici (Amci). Cozzi aggiunge che «i medici cattolici, commossi, riaffermano il loro impegno a rispettare ogni persona sofferente, per accompagnarla e condividere tutta la loro esperienza di vita». L'auspicio di Aldo Bova, presidente nazionale del Forum sociosanitario cristiano, è che «la vicenda di Fabo, che rispettiamo ma ovviamente non condividiamo, non costituisca il pretesto per fare propaganda e promozione di una cultura della morte, fra l'altro tristemente commissionata. In un'epoca in cui avanza una patologica interpretazione dell'autodeterminazione è indispensabile promuovere la cultura della vita come grande bene indisponibile e dono da tutelare sempre, e la cultura dello stare vicino».

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

02-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

IL DOSSIER

Biotestamento, i punti critici

di **Alessandra Arachi**

a pagina 6

In Aula la legge sul biotestamento (a oltre dieci anni dal caso Welby)

Se ne discuterà il 13 marzo: i nodi da sciogliere. Cappato indagato per Fabo

ROMA Marco Cappato ora è formalmente indagato dalla Procura di Milano, dal pm Tiziana Siciliano, per aver aiutato dj Fabo a suicidarsi nella clinica Svizzera, reato per il quale l'esponente radicale dell'Associazione Luca Coscioni si è autodenunciato ai carabinieri di Milano.

Marco Cappato rischia dai 5 ai 12 anni di carcere e il suo reato è previsto dall'articolo 580 del codice penale — istigazione o aiuto al suicidio —, in particolare nella parte in cui si prevede che debba essere punito chiunque «agevola in qualsiasi modo l'esecuzione».

Adesso il magistrato Tiziana Siciliano ha intenzione di interrogare Cappato, che da anni porta avanti con l'Associazione Luca Coscioni la battaglia per il suicidio assistito in Italia e l'eutanasia. Sono passati dieci anni da quando Piergiorgio Welby — oggi la moglie, Mina, è un'attivista con i radicali — decise per il suicidio assistito (nel suo caso in Italia) e anche la sua morte fece discutere come oggi quella del dj Fabo e di altri italiani: la legge sul fine vita sembrava cosa imminente. Adesso arriva in Aula, il 13 marzo, quella sul testamento biologico. Che è una legge sul fine vita, anche se non interviene sul suicidio assistito e l'eutanasia.

pagina a cura di **Alessandra Arachi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le disposizioni

I dubbi sul ruolo del medico

Cinque articoli in tutto. Quello più contestato della legge sul testamento biologico è il numero 3, il cuore del provvedimento. Contiene le cosidette Dat, «Disposizioni anticipate di trattamento». Vuol dire che qualunque cittadino maggiorenne capace di intendere e di volere potrà esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamento sanitario, ma anche il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche, comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali. Chi contesta questo punto sostiene che le Dat riducono il medico a un mero esecutore e che l'idratazione e la nutrizione vanno intese come trattamenti vitali e non come terapia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le forme

Il «peso» del consenso per iscritto

Il primo articolo della legge sul testamento biologico definisce lo spirito della normativa grazie al concetto di «consenso libero e informato», che sarà la guida per il medico curante durante tutta la durata del trattamento. Ovvero si stabilisce che «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata». Non solo, la proposta di legge in discussione alla Camera prevede che questo consenso debba essere espresso in forma scritta. Questo punto è fortemente contestato dai cattolici e dai sostenitori del pro vita che ritengono che in questo modo si faccia in maniera surrettizia una legge sull'eutanasia vera e propria.

© 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

02-MAR-2017
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Le cure

I ripensamenti o l'abbandono delle terapie

Il concetto di consenso informato — contenuto nell'articolo 1 della legge — prevede alcuni paletti. Il medico è tenuto a rispettare la volontà del paziente, ma anche il paziente ha i suoi doveri. E quindi il paziente può decidere di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato al medico, ma il suo rifiuto o la sua rinuncia non possono comportare il totale abbandono terapeutico. Inoltre, il paziente non ha il diritto di esigere trattamenti sanitari che vadano contro norme di legge. Le contestazioni a questo punto arrivano dalla parte di chi — come l'associazione Luca Coscioni — ritiene che in questa maniera venga svuotato di fatto il carattere vincolante delle disposizioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le scelte

Il potere del paziente di decidere

Nella norma c'è anche un articolo — il numero 2 — che disciplina i casi in cui siano coinvolti i minori. Poi c'è l'articolo finale, il numero 4 (l'articolo 5 è soltanto sulle disposizioni transitorie) che davanti ai casi di patologia cronica o invalidante, ma anche a quelli in cui ci sia una evoluzione della malattia che porta in maniera inevitabile al peggio, prevede «una pianificazione delle cure condivisa» tra medico e paziente. A queste il medico dovrà poi attenersi. Le contestazioni qui arrivano da tutte e due le parti: da un lato si parla di eccesso di libero arbitrio, dall'altro che ci si potrebbe esporre a un eccessivo giudizio del medico (a seconda dei suoi orientamenti ideologici).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

02-MAR-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

I medici più «responsabili» per legge?

Molte le novità nel testo varato dal Parlamento (non senza voci di dissenso) con l'intento di ridurre il contenzioso e il ricorso alla medicina difensiva

di Enrico Negrotti

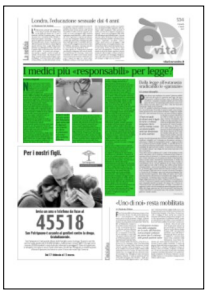
Nuove regole per il risarcimento degli errori medici che causano danni ai pazienti, assicurazione obbligatoria per il personale sanitario e gli ospedali (che dovranno anche organizzare monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio clinico), obbligo di perseguire un tentativo di conciliazione prima di avviare procedimenti giudiziari, istituzione di un Osservatorio sulla sicurezza in sanità e di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, alimentato dalle imprese assicuratrici. Il disegno di legge sulla responsabilità dei medici approvato in via definitiva dalla Camera martedì 28 febbraio da un lato si inserisce nelle norme per garantire il diritto alla salute e dall'altro mira ad arginare la medicina difensiva, l'atteggiamento che spinge il medico a preoccuparsi di difendersi da eventuali accuse di *malpractice* (quindi moltiplicando analisi ed esami anche non necessari) più che garantire il bene del singolo paziente. Anche se proprio questo aspetto risulta non privo di criticità, secondo alcuni osservatori.

Riconosciuto che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività», la nuova legge affida al Difensore civico anche la funzione di garante del diritto alla salute. In ogni Regione dovrà essere istituito il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente: faranno capo a un Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità che avrà sede presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Quanto alla responsabilità per morte o lesioni personali in ambito sanitario, la legge istituisce un nuovo articolo del Codice penale, il 590 sexies, che esclude la punibilità del medico anche per colpa grave se ha rispettato (ma dovrà provarlo) le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida. Per quanto riguarda i risarcimenti in sede civile per danni subiti dai pazienti, la legge prevede che vi provvedano le assicurazioni di cui obbligatoriamente le strutture sanitarie e gli stessi operatori dovranno dotarsi. Il cittadino, che potrà avere accesso alla propria cartella clinica entro 7 giorni, dovrà però provare di avere subito il danno (e la prescrizione viene ridotta da 10 a 5 anni). «Diamo risposte concrete a cittadini e professionisti» ha commentato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. E il relatore della legge, Federico Gelli (Pd), sottolinea che «in questi anni la mancanza di serenità dei medici ha comportato come ricaduta l'enorme costo della medicina difensiva, che pesa sul nostro sistema salute». Di «piccola grande legge, un passaggio storico per la società italiana» parla Mario Marazziti (Ds-Cdem) presidente della commissione Affari sociali della Camera». Pareri favorevoli vengono da numerose organizzazioni mediche, dalla Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere all'Associazione chirurghi ospedalieri italiani, dalla Federazione italiana medici di medicina generale alla Società italiana di chirurgia cardiaca. Da parte sua l'Istituto superiore di sanità, per bocca del suo presidente Walter Ricciardi, si dichiara pronto a «selezionare, produrre e validare le migliori raccomandazioni cliniche e le migliori linee guida» in collaborazione «con le società scientifiche» tenendo al centro «i bisogni dei pazienti».

Giudizi critici vengono invece espressi dall'Associazione anestesisti rianimatori Aaroi-Emac che lamenta l'assenza di «norme finalizzate a prevenire e scoraggiare le richieste di risarcimento pretestuose e/o infondate» e lamenta il rischio di «condizionamento da interessi non puramente scientifici» proprio in relazione alle linee guida. Da parte sua il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva sottolinea che nel testo «ci sono luci ma permangono importanti ombre. La sfida futura è che non ci sia una doppia e diversa velocità nella sua attuazione tra i due grandi blocchi: sicurezza delle cure e responsabilità professionale». Nel dibattito politico, opposizione al disegno di legge era stata espressa dal Movimento 5 Stelle, che lo ritiene un provvedimento «realizzato in assenza di dati ufficiali» sul contenzioso medico legale e che «fa contente soprattutto le società di assicurazione, ma non cittadini e personale medico», mentre Forza Italia lamenta che la legge «non produrrà alcun beneficio per i cittadini» e «legherà le mani dei professionisti».

© 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.: Roberto Napoletano

02-MAR-2017
da pag. 40
foglio 1
www.datastampa.it

Salute. Gli effetti della nuova legge

Per i medici responsabilità a doppio binario

IL PUNTO

La natura extracontrattuale della responsabilità degli operatori sposta l'onere della prova a carico del paziente danneggiato

Filippo Martini

La tanto attesa riforma della **responsabilità sanitaria** è dunque **legge** dello Stato. L'articolato di norme contiene una serie di novità di assoluto rilievo, alcune che dovranno essere rese operative con l'emanazione dei provvedimenti attuativi, altre che saranno già vincolanti alla entrata in vigore della legge per la quale si attende solo la pubblicazione in Gazzetta. Il tutto poi dovrà essere affinato dalle interpretazioni che la magistratura potrà essere chiamata a dare sulle non poche criticità che ogni legge di rivisitazione di un preesistente impianto normativo porta con sé.

Ma le novità più interessanti consentono di affermare che la legge rappresenta una radicale modifica – se non una vera e propria rivoluzione – del sistema odierno, tanto sul piano sostanziale che su quello processuale.

Circa la nuova disciplina della **responsabilità dell'operatore sanitario** (non solo del medico, quindi, ma di tutti i soggetti professionali che gravitino attorno al mondo della sanità), la legge pone innanzitutto una **esimente** da imputazione di imperizia ogni volta il sanitario abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida ovvero, in assenza, dalle «buone pratiche clinico-assistenziali» (così è con l'introduzione del nuovo articolo 590-sexies del Codice penale).

Quanto invece alla **responsabilità civile**, la legge detta un **doppio binario**, distinguendo definitivamente tra responsabilità della struttura sanitaria, sempre di tipo contrattuale, e responsabilità dell'operatore sanitario, dipendente o meno, sempre di natura extracontrattuale, salvo quando lo stesso abbia agito assumendo un espresso impegno contrattuale (di risultato).

La distinzione non è di poco conto, perché la responsabilità extracontrattuale porta sempre a una maggior tutela giudiziale (in questo caso a favore del sanitario dunque), sia sul piano dell'onere della prova (che graverà sul paziente danneggiato), sia sul piano della prescrizione quinquennale in luogo di quella decennale alla quale resta esposta l'azienda sanitaria.

Molte le novità anche per il processo civile che dovrà stabilire i futuri risarcimenti da colpa medica. Innanzitutto l'articolo 8 della legge pone una doppia e alternativa condizione di procedibilità dell'azione che la vittima di errore dovrà assolvere prima del giudizio, imponendo l'esperimento di un ricorso per accertamento tecnico preventivo a fini conciliativi (Atp), ovvero di una procedura di mediazione.

Del tutto nuovo è poi il regime che condiziona le rivalse che le strutture sanitarie, l'assicuratore che abbia pagato il danno e la stessa Corte dei conti per il danno erariale potranno proporre contro gli operatori sanitari dipendenti o strutturati. Tale azione infatti potrà essere promossa solo dopo che sia stato pagato il risarcimento (per sentenza o per transazione) ed entro un anno dal versamento della somma dovuta o concordata. In ogni caso la condanna del sanitario non potrà mai superare le tre annualità lorde di reddito percepito nel periodo più prossimo al momento del sinistro.

Molto importante è la nuova funzione che la legge attribuisce alle imprese di assicurazione, istituendo, in capo alle aziende sanitarie pubbliche o private, l'obbligo di contrarre idonee coperture assicurative (onere alternativo solo alla cosiddetta "autoassicurazione" o ritenzione del debito risarcitorio sul proprio conto economico) e concedendo all'attore danneggiato la facoltà di citare direttamente in giudizio l'impresa di assicurazione della azienda sanitaria e del medico libero professionista.

La legge demanda a un decreto attuativo l'indicazione dei contenuti minimi obbligatori che le future polizze contratte da strutture e sanitari dovranno avere, con l'indicazione delle classi di rischio, dei massimali e delle altre condizioni generali di operatività (durata, oggetto assicurato, franchigie e altro), normalmente rimessi alla libera trattativa tra contraenti.

La funzione sociale della assicurazione obbligatoria che, assieme ai medici dovranno contrarre le aziende sanitarie, è ribadita dal divieto di opporre al terzo danneggiato le eccezioni contrattuali (diverse da quelle minime che saranno introdotte con il futuro decreto attuativo). Ciò significa che le eventuali vicende del contratto, che potrebbero portare a una negazione di copertura verso il professionista o la struttura, non costituiranno un limite al risarcimento, che graverà comunque sull'assicuratore, il quale potrà in seguito agire in rivalsa verso il proprio assicurato.

L'impatto complessivo della legge – una volta portata a regime – sarà quello di sbilanciare il profilo risarcitorio e giudiziale nella "med mal" verso una maggiore esposizione delle aziende sanitarie, con un profilo più protettivo e defilato dell'operatore sanitario.

© 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

02-MAR-2017
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Le nuove norme

La rivoluzione (per legge) del rapporto medico-paziente

di **Sergio Harari**

Non sarà grazie a discussioni intellettuali o profonde riflessioni filosofiche se nel prossimo futuro migliorerà il rapporto medico-paziente, ma per una nuova legge. La norma, appena varata dalla Camera dopo un lungo iter legislativo, è infatti di capitale importanza per il futuro della nostra sanità e avrà importanti effetti che è bene tutti conoscano. La legge Gelli, dal nome del suo relatore, prevede molti cambiamenti importanti che comporteranno una maggiore tutela del malato attraverso una migliore gestione del rischio clinico e l'implementazione di precisi percorsi diagnostico-terapeutici, sviluppati dalle società scientifiche accreditate. Il cittadino, in caso di contenzioso medico-legale, avrà poi la possibilità di rivolgersi direttamente alla compagnia assicuratrice e sarà anche tutelato dall'istituzione di un fondo di garanzia. Inoltre spostando gran parte della responsabilità civile dal singolo medico alla struttura sanitaria nella quale opera e depotenziando l'azione penale, spesso usata in modo strumentale, la nuova norma calmiera l'esplosione dei risarcimenti e stronca la crescita esponenziale dei contenziosi. Si toglie così linfa vitale a quella deviazione del sapere medico che è la medicina difensiva e forse si apre la strada a una normalizzazione del mercato assicurativo, oggi fuori controllo. Quello che medici, infermieri e cittadini avvertiranno sarà la graduale ripresa di un normale rapporto di fiducia, non più viziato dall'erba maligna di un'aggressività vorace fatta di denunce, frutto di un mercato distorto alimentato da ignobili campagne pubblicitarie, che stava minando le basi stesse del nostro Servizio Sanitario Nazionale e di un'antica professione d'aiuto.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 01 MARZO 2017

Responsabilità professionale. “Con questa legge migliorerà il rapporto medico-paziente e il nostro Ssn sarà più competitivo”. Intervista a Vito Trojano (Aogoi-Sigo)

"Il rapporto tra medico e paziente torna ad essere di natura extracontrattuale, il medico sarà quindi direttamente coinvolto solo nel momento in cui commette un errore per colpa grave. La struttura con la contrattualità assume la responsabilità che gli è propria. Il cittadino avrà la possibilità di rivolgersi direttamente alla compagnia assicuratrice e sarà tutelato dall'istituzione di un Fondo di garanzia". Così il presidente emerito dell'Aogoi e vicepresidente della Sigo commenta l'approvazione del ddl Gelli.

"Con questa legge migliorerà l'assistenza sanitaria in Italia, avremo un migliore rapporto tra medico, paziente e struttura, e finalmente risciuremo a rendere più competitivo il nostro sistema sanitario". Così in quest'intervista a *Quotidiano Sanità* **Vito Trojano**, componente della commissione Alpa, presidente emerito dell'Aogoi e vicepresidente della Sigo, ha commentato l'approvazione definitiva da parte della Camera della legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure.

Prof. Trojano, finalmente la Camera ha approvato in via definitiva il 'ddl Gelli' sulla responsabilità professionale. Una legge fortemente voluta dal'Aogoi che si è spesa da anni su questo tema, è soddisfatto?
Sono molto soddisfatto, soprattutto per come si è arrivati ad approvare questo provvedimento. Io sono stato l'unico rappresentate della ginecologia italiana chiamato a far parte della commissione Alpa, ossia quell'organismo di 24 esperti, tra magistrati, avvocati, medici chirurghi e medici legali, chiamati dal Ministero della Salute ad affrontare le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale delle professioni sanitarie. Da parte delle Istituzioni tutte, a cominciare dalla ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, fino ai parlamentari di diversi schieramenti, c'è sempre stata una proficua apertura verso i professionisti del settore per l'elaborazione di questo testo di legge. Come commissione Alpa abbiamo quindi redatto un testo che è stato successivamente rielaborato, prima dalla Camera e poi dal Senato. Il nostro obiettivo è sempre stato quello di migliorare il livello dell'assistenza sanitaria mettendo in sicurezza gli operatori e abbattendo i costi legati alla medicina difensiva.

Sul tema della medicina difensiva, come Aogoi, siete sempre stati molto attivi.
Sin dal 2012, con la commissione parlamentare d'inchiesta presieduta da Leoluca Orlando e coordinata da Benedetto Fucci, abbiamo svolto un lavoro fondamentale in questo senso analizzando i dati di tutte le Procure italiane. Da quel lavoro scaturì, infatti, non solo la legge sulla sicurezza dei Punti nascita, ma anche una ricognizione puntuale delle ricadute della medicina difensiva: avevamo riscontrato ben 30mila processi in penale a danno di medici, che nel 98,8% dei casi si erano conclusi con un assoluzione o archiviazione. Il costo di 30mila processi è comparabile a quello di una Finanziaria.

Quali sono a suo parere i punti di forza di questa legge?
Il rapporto tra medico e paziente torna ad essere di natura extracontrattuale come è naturale che sia. Il medico sarà quindi direttamente coinvolto nel momento in cui commette un errore per colpa grave, e non per colpe di tipo strutturale o organizzativo. Allo stesso tempo, la struttura con la contrattualità assume la responsabilità che gli è propria. Questo è anche uno stimolo ad adeguarsi alla professionalità di chi vi opera all'interno. Con l'obbligo di assicurazione, il cittadino si trova in una 'botte di ferro' avendo la possibilità di rivolgersi direttamente alla compagnia assicuratrice per una richiesta di indennizzo. A questo proposito va ricordato anche il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria che svolge una funzione di

garanzia per i cittadini nei casi di danno di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura, imprese assicuratrici in stato di insolvenza o di liquidazione, o ancora nei casi in cui una struttura sanitaria o un professionista siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice.

Cosa ne pensa invece della riforma della disciplina sulla nomina dei CTU (consulenti tecnici d'ufficio)?
Finalmente si potranno avere consulenti tecnici specialisti, aventi una specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento. Fino ad oggi tutto questo non era possibile. Oltre al rafforzamento delle procedure di verifica delle competenze, poi, vengono resi trasparenti i possibili conflitti d'interesse rendendo di fatto disponibili al giudice tutti gli albi presenti a livello nazionale, da aggiornare ogni 5 anni.

Insomma, possiamo dire che quella di ieri è una data destinata a restare nella storia della sanità italiana?
Sicuramente sì. Con questa legge migliorerà l'assistenza sanitaria in Italia, avremo un migliore rapporto tra medico, paziente e struttura, e finalmente risciuremo a rendere più competitivo il nostro sistema sanitario. Ora mi auguro che questa apertura delle istituzioni nei confronti dei tecnici e degli esperti del settore possa proseguire con un coinvolgimento attivo anche per i prossimi decreti attuativi, a cominciare dall'elaborazione delle nuove linee guida.

Giovanni Rodriquez

ABOUTPHARMA ONLINE

01-03-2017

lettori 94.000

http://www.aboutpharma.com/

Medicina scienza e ricerca

L'healthcare del futuro tra big data, robot e stampa 3D. "Ma per migliorare l'assistenza serve meno privacy"

Secondo una ricerca di Epson, i professionisti della salute credono che le tecnologie più avanzate, dalla realtà aumentata alla robotica, rivoluzioneranno il settore. Ma quasi 7 su 10 sono convinti che la tutela della riservatezza sui dati possa ostacolare l'implementazione delle innovazioni

Meno privacy in cambio di una migliore assistenza medica. Secondo i professionisti dell'healthcare è una delle realtà a cui dovremo abituarci man mano che l'innovazione tecnologica farà passi in avanti in questo ambito. È quanto emerge da una ricerca condotta da **Fti Consulting** per conto di **Epson** al fine di testare l'accettazione della tecnologia da parte di 17 esperti di questo settore provenienti da tutto il mondo e di oltre 7.000 dipendenti full-time europei. Il 67% degli intervistati ritiene infatti che la tutela della privacy dei dati possa ostacolare l'implementazione delle tecnologie e quasi la metà degli intervistati, il 47%, concorda sul fatto che una minore riservatezza sia un compromesso accettabile per garantire diagnosi e cure migliori.

Preoccupazione destano anche i tempi e i costi necessari per preparare al futuro i professionisti sanitari di oggi, consentendo loro di acquisire le competenze richieste per gestire la tecnologia e le opportunità offerte da quest'ultima.

La ricerca, comunque, ha sottolineato che l'introduzione di **tecnologie quali la stampa 3D, la robotica, la realtà aumentata e l'intelligenza artificiale** porterebbe significativi vantaggi sia ai pazienti sia ai professionisti. "L'urgenza di accelerare l'adozione della tecnologia nel settore sanitario non è mai stata così pressante", ha dichiarato **Minoru Usui, presidente di Epson**. "Le

malattie croniche sono sempre più diffuse e la popolazione sta invecchiando. Dobbiamo quindi trasformare il settore sanitario, favorendo la prevenzione delle malattie anziché la loro cura. Sarebbe un passo davvero coraggioso in un campo dove diagnosi e trattamento sono alla base di tutto".

Per quanto riguarda stampa 3D e **stampa organica/biologica**, il 72% dei professionisti della sanità è convinto che potrebbero ridurre i tempi di attesa per gli interventi chirurgici. Un ulteriore 70% sostiene che così anche gli interventi e le terapie avrebbero più efficacia.

La **realtà aumentata** è considerata rivoluzionaria dalla metà degli intervistati: per il 45% cambierebbe il modo in cui si svolge la formazione chirurgica. Gli intervistati hanno anche riconosciuto l'importanza futura dei robot e della loro interazione con gli esseri umani: secondo il 34%, le cure sanitarie potrebbero essere affidate a queste macchine in modo che il personale medico possa dedicarsi mansioni più qualificate.

Per il 72% del campione, un maggiore **accesso ai dati dei pazienti** migliorerebbe l'erogazione delle cure ai pazienti mentre, secondo il 76%, la maggiore disponibilità dei dati favorirebbe anche la condivisione delle conoscenze sul campo grazie all'accesso remoto e alla collaborazione virtuale, possibili mediante la tecnologia.

Oltre alle problematiche legate alla privacy dei dati e ai tempi e costi, l'indagine ha evidenziato anche altre **questioni da affrontare come l'etica e la responsabilità**. Il 65% degli intervistati crede che gli aspetti etici potrebbero in qualche modo rallentare o bloccare l'implementazione della tecnologia, mentre il 70% concorda sul fatto che, in caso di complicazioni, l'imputazione della responsabilità potrebbe essere il problema principale.

"Epson promuove il cambiamento tecnologico sviluppando soluzioni in grado di aumentare l'efficienza e la produttività di chi opera in vari settori, compreso quello della sanità", ha dichiarato Usui.