la Repubblica.it

03-03-2017

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

"Quella terapia non è sicura". Il giudice vieta ai genitori di portare la figlia all'estero

Elena, tre anni, ha un tumore. A Milano il protocollo funziona. Ma la famiglia vuole rivolgersi a un medico di Tel Aviv

di ALESSANDRA CORICA, EMILIO RANDACIO, FRANCO VANNI

MILANO. La segnalazione alla procura per i minorenni arriva il 24 gennaio scorso. A inviarla è l'Istituto dei tumori di Milano. Ai magistrati, i medici raccontano la storia clinica della piccola Elena - nome di fantasia - di soli tre anni, a cui è stato diagnosticato un glioblastoma diffuso della linea mediana. Un tumore al cervello particolarmente pervasivo e aggressivo. L'Istituto propone ai genitori, dopo una serie di accertamenti, un ciclo di chemioterapia che parte lo scorso luglio scorso. A settembre, i medici riscontrano un "eccellente recupero neurologico", senza effetti collaterali. Nonostante l'età, Elena non perde i capelli e non ha nausea. I successivi esami confermano una "stabilità volumetrica" della malattia, con la massa tumorale che non risulta essersi allargata. Quella che sembrava una tragedia imminente, per fortuna è arginata, almeno temporaneamente.

Ma i genitori della piccola decidono di contattare comunque degli esperti internazionali della patologia,

prima in Francia, poi a Tel Aviv, avvisando i medici dell'Istituto milanese. A fine ottobre, la famiglia informa di volere trasferire Elena in Israele per una biopsia. L'Istituto - l'unico centro in Italia ad avere un reparto pediatrico, fra quelli che si occupa solo di tumori - avverte i genitori della piccola paziente delle probabili controindicazioni che possono accompagnare la scelta. La terapia seguita a Milano ha infatti dato risultati confortanti. E in oncologia, in condizioni di stabilità, non si propongono cambi terapeutici. Eppure il consulto con il professore Shlomi Constantini dà un esito differente: secondo l'israeliano, la malattia è meno aggressiva di quanto riscontrato in Italia e consiglia una "terapia molecolare". Tornati in Italia, i genitori di Elena decidono di interrompere la terapia e partire: per lo scorso 13 febbraio, la famiglia ha in programma di raggiungere Tel Aviv. Ma qui interviene il tribunale dei minorenni milanese.

E' l'Istituto dei tumori - caso rarissimo - a segnalare alla procura le gravi conseguenze del cambio di cura e dell'imminente trasferimento in Israele di Elena. I pm della procura, dopo una riunione tra il procuratore e tutti i sostituti, decidono di chiedere al Tribunale di valutare se esistano gli estremi per ridurre la responsabilità genitoriale, fermando intanto il trasferimento all'estero della piccola. Il 10, si svolge l'udienza. I giudici accolgono le richieste dei pm, bloccano il trasferimento e motivano la loro decisione: le condizioni emotive difficilissime dei genitori hanno portato a interrompere una terapia efficace per affrontare una sorta di viaggio della speranza, senza garanzie da un punto di vista clinico. L'istituto oncologico si è messo in contatto con il professore di Tel Aviv, che però non avrebbe fornito informazioni scientificamente valide sul suo metodo di cura.

Oggi Elena è ricoverata in un'altra struttura, dove riceve le cure per impedire che la malattia possa vincere. Il Tribunale per i minorenni ieri ha autorizzato i genitori a scegliere l'ospedale in Italia dove ritengono che la bambina possa essere curata nel migliore dei modi. Anna Galizia Danovi, legale della famiglia, dice: "La giustizia sta facendo il suo corso, dopo una fase iniziale di apparente tensione. Oggi tutti si augurano che questa vicenda possa avere un lieto fine".

Il capo della procura per i minorenni, Ciro Cascone, spiega: "La libertà di cura non è in discussione, ma quando si tratta di minori, il genitore deve avere consapevolezza delle scelte terapeutiche, che devono essere orientate al miglior interesse del bambino. Se, come in questo caso, si esce dal tracciato dei protocolli scientifici riconosciuti, dobbiamo intervenire".

Sanità24 24 ORE

03-03-2017
LETTORI
72.072

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

Legge Risk/ Il relatore Gelli: «Il vero investimento è sulla rete di prevenzione e sulle competenze»

Una norma che va "giudicata" nella sua complessità, non nei dettagli. E «se poi ci sarà bisogno di intervenire, si provvederà». **Federico Gelli**, relatore alla Camera, è convinto che la forza della "sua" legge sia nell'aver ridefinito la cornice e le regole complessive di un sistema che non tutelava più adeguatamente né i pazienti né i professionisti.

Onorevole Gelli, chi vince e chi perde con questa legge?
Vincono i cittadini ma anche i professionisti. È una legge sufficientemente bilanciata da riportare le regole e il rapporto medico-paziente nel giusto equilibrio. Perdono la burocrazia, il contenzioso, la medicina difensiva. E cioè tutti quei fenomeni patologici che nel corso degli ultimi 20 anni sono andati sviluppandosi per un sistema che era uscito dal controllo e dal percorso fisiologico e che aveva

reso il clima di tensione e spesso di persecuzione del professionista e di possibilità di ricevere un risarcimento.

Come sintetizzare la legge? «Al paziente va l'onere della prova»?
Non è così. Per il cittadino rimane la strada principale, e fondamentale, di azione nei confronti della struttura. L'onere della prova è a carico dell'azienda, quindi per il paziente nulla cambia. Se poi non si dovesse accontentare, in ambito civile, del risarcimento che la struttura può fornire, il cittadino può cimentarsi anche nei confronti del singolo o di più professionisti. Giustificando, e qui scatta l'inversione dell'onere della prova, il perché voglia "aggredire" anche il singolo sanitario. Solo in questo caso c'è l'inversione dell'onere della prova, e scattano la responsabilità extracontrattuale e la prescrizione sarà a 5 anni.

Si può con certezza dire che si otterrà un abbattimento del contenzioso?
Questa è una legge quadro: non vanno considerati solo gli aspetti procedurali e giudiziari, che si valuteranno attraverso un'applicazione giurisprudenziale vera, con l'interpretazione della norma. Dopodiché io dico che il pilastro fondamentale per abbattere il contenzioso è la prevenzione. Il punto di forza della norma sta nel rendere obbligatorio in tutte le strutture, pubbliche e private, un modello organizzativo di risk management. Se i professionisti impareranno attraverso questa legge a prevenire il rischio, a individuare l'evento sentinella, a lavorare sulla loro formazione perché da un semi errore non si passi all'errore a carico del paziente, scatterà una vera e propria rivoluzione culturale.

Il tutto dovrà avvenire a costo zero...
Dove esistono, le realtà di risk management hanno dimostrato che non si pone un problema di natura economica, ma una questione di scelte e di priorità. Ciò che serve è un investimento organizzativo. Con questa legge, di fatto, introduciamo nel mansionario di tutti gli operatori della sanità un vincolo che prima non c'era e che era solo discrezionale. D'ora in poi, il professionista sa che deve dedicare una parte della sua formazione anche alla sicurezza delle cure. Poi si tratterà di mettersi in rete e di elaborare un piano di prevenzione attraverso un coordinatore delle attività, che è il risk manager. Il contenzioso diminuirà, perché all'origine ci saranno molti meno errori.

Le linee guida saranno lo spartiacque della responsabilità?
Intanto va detto che questa legge va finalmente a normare un aspetto fondamentale, riuscendo dove l'Italia ha fallito fin dal primo tentativo del sistema nazionale linee guida del 2004. Ma sappiamo anche che le linee guida non possono essere l'unica esimente per la "deresponsabilizzazione" del professionista. Andranno considerate le buone pratiche clinico assistenziali, le competenze, la storia del singolo sanitario. Questi aspetti nel loro complesso non potranno che essere valutati dal giudice quando dovrà decidere se è stato commesso un errore grave o se non è stato commesso, se l'essersi attenuti alle linee guida sia stato un elemento sufficiente o meno.

Come si esce dal caro-polizze?
La legge alleggerisce i medici dal cosiddetto “primo rischio”, che ora è a carico dell’azienda. L’unica polizza che viene richiesta al professionista è quella per l’azione di rivalsa, ammessa solo in caso di colpa grave. E questa polizza “costa poco”, visto il tetto massimo di tre annualità lorde fissato dall’articolo 9. Da una simulazione con l’Ania appare che il costo, pure se proporzionato alla retribuzione lorda, è pur sempre limitato per polizze anche cumulative: nel caso di un giovane infermiere neo assunto, sarà di 50-100 euro l’anno. Per il medico neo assunto, si va sui 300-400 euro l’anno. E il chirurgo che oggi paga fino a 18mila euro l’anno, potrà assicurarsi anche con 500 euro.

In ogni caso, le assicurazioni saranno felici di questo sistema di polizze erga omnes...
Credo che il loro interesse fosse entrare nel mercato sanitario come garanti del rischio delle strutture. Ciò a mio avviso potrà avvenire con il passare degli anni: prevediamo che con gradualità le varie forme di autoassicurazione che si sono sviluppate negli ultimi anni, vedranno un ritorno alla polizza tradizionale.

Tabelle risarcitorie: si fa riferimento al codice delle assicurazioni private
La volontà politica è che le tabelle di riferimento siano quelle aggiornate, previste nel Ddl Concorrenza. Ma nella ipotesi che non trovasse applicazione, al Senato è stato inserito il riferimento al codice delle assicurazioni private.

Tornando alla colpa, mandate in soffitta il decreto Balduzzi...
È la verità: sulla responsabilità penale c’era bisogno di fare chiarezza, e quanto è scritto nella nostra legge è in linea con la giurisprudenza più innovativa che si è andata affermando in questi anni. E cioè che la specificità del professionista è legata alla sua perizia. Non ce la siamo sentita di “forzare”, introducendo anche gli altri due requisiti per la definizione di colpa e cioè la negligenza e l’imprudenza. Ha prevalso l’atteggiamento di maggior tutela verso i cittadini, perché è l’imperizia che contraddistingue e tipizza la specificità di un medico e di un operatore sanitario. Io voglio valutare il professionista rispetto alle sue capacità e competenze, non rispetto a negligenza e imprudenza. Un medico che va ubriaco in sala operatoria non può essere tutelato.

E per quanto riguarda la distinzione tra gradi di colpa?
Anche lì, non ci siamo permessi di arrivare noi a descrivere quando è colpa grave, lieve o media. Lì interverranno la giurisprudenza e il diritto. Per noi la colpa è colpa, ed è esclusa solo in caso di imperizia e quando siano state rispettate le buone linee e le buone pratiche.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.306
Diffusione 12/2016: 27.904
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

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

L'intervento

La legge sulla responsabilità medica rischia il flop

ROBERTO COTA

■■■ La Camera ha approvato in via definitiva la nuova legge sulla responsabilità medica. Si tratta di un provvedimento tanto atteso e lungamente invocato per mettere ordine in una situazione molto complicata. Da un lato, i cittadini dovrebbero vedersi garantiti i loro diritti fondamentali e, se possibile, semplificate le procedure; dall'altro, occorre arginare il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva, vale a dire le pratiche utilizzate dai medici stessi per prevenire eventuali azioni legali. La medicina difensiva aumenta i costi e causa danni alla salute dei pazienti. Se un medico non lavora sereno e la sua preoccupazione principale diventa quella di pararsi dalle azioni giudiziarie, è ovvio che la qualità del suo lavoro ne risente ed i costi per la collettività aumentano.

Oggi la medicina difensiva costa circa dieci miliardi, secondo le stime della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari. Per costo si intende il surplus di spese sanitarie non legate a finalità terapeutiche, ma alla riduzione del rischio di contenzioso (in buona parte prescrizioni inutili). È una cifra enorme, se consideriamo che il fondo sanitario nazionale ammonta a circa 109 miliardi: siamo quasi al 10%. Questi costi inutili tolgono la possibilità di finanziare cose utili.

Resta da capire se questi nobili obiettivi verranno raggiunti dalla legge. Ho qualche dubbio per due motivi. Il primo è legato al dibattito parlamentare, lungo e pasticciato, che ha portato ad introdurre cose un po' strane dal punto di vista giuridico, tipo la coabitazione tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale e la possibile confusione tra i profili penali, civili ed amministrativi. Il secondo è legato al margine eccessivo lasciato a pubblici ministeri e giudici nel valutare l'adeguatezza delle linee guida per escludere o configurare la responsabilità dei medici.

Ogni volta sembra sempre emergere una sudditanza della politica di fronte alla magistratura, che non giova. Purtroppo, in un sistema dove manca il buon senso, questa legge rischia di essere la classica montagna che ha partorito il topolino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

03-03-2017

Lettori
57.304

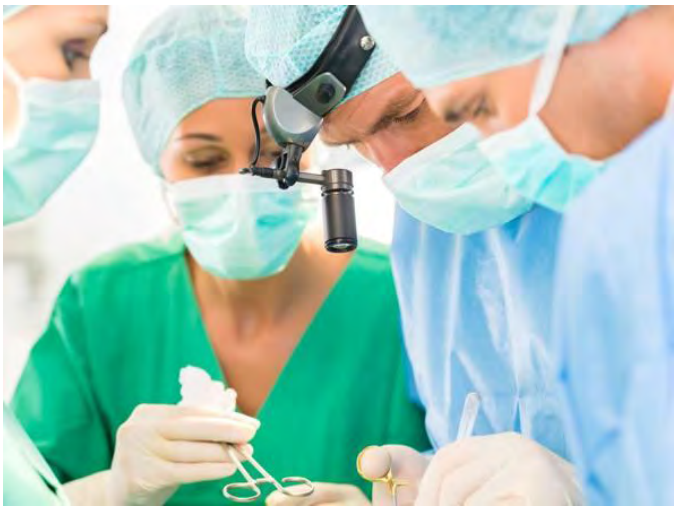
http://www.corriere.it/salute/

L'APPROFONDIMENTO

Legge sulla responsabilità dei medici Ecco che cosa cambia per i cittadini

Nuove regole e risarcimenti più veloci, ma se il paziente vuole rivalersi civilmente anche nei confronti del sanitario dovrà lui stesso dimostrare di aver subito il danno

di Ruggiero Corcella



Assicurazione obbligatoria per ospedali e professionisti sanitari e Centri Regionali per la gestione del rischio clinico, ma anche prescrizione dimezzata se il paziente decide di intentare causa direttamente nei confronti di un medico. Ha avuto il via libera definitivo la legge che modifica la responsabilità dei professionisti sanitari nei procedimenti per "malpractice". Ogni anno, secondo l'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici (Ania), si registrano 34mila denunce per danni dovuti a cure mediche, in particolare nei confronti di ginecologi e ortopedici, una cifra triplicata in 15 anni. E ogni risarcimento si aggira tra i 25mila e i 40mila euro, per un valore complessivo di circa 2 miliardi. Nel corso degli anni, il mondo della sanità ha registrato il progressivo aumento dei costi per gestire il contenzioso, le crescenti difficoltà ad assicurarsi per ospedali e medici, la diffusione della cosiddetta medicina difensiva - ovvero la prescrizione di accertamenti e terapie al solo scopo di tutelarsi dal rischio di azioni legali ed il mancato trattamento di pazienti ad alto rischio di complicanze - pratica che comporta uno spreco stimato in circa 10 miliardi di euro l'anno. Abbiamo chiesto al professor Luigi Molendini, medico legale e docente del master Hospital Risk Management di Cineas (Consorzio universitario non profit che si occupa di diffondere la cultura della gestione del rischio, fondato dal Politecnico di Milano) e componente del Tavolo Cineas Assicurazione e Sanità, di spiegare meglio che cosa cambia per il cittadino.

Parola d'ordine: «prevenzione». Ma non si era proprio fatto nulla?

«Si è cercato di contrastare il fenomeno della medicina difensiva parzialmente e con difficoltà attraverso l'introduzione all'interno degli ospedali di sistemi per la prevenzione dei rischi. Tra questi si pensi alle check list di controllo utilizzate in sala operatoria prima di un intervento per verificare di stare operando il paziente corretto, per la patologia corretta e nel sito corretto (ad esempio, gli errori di lato: è malato il rene destro ma si asporta quello sinistro sano), nonché a quelle utilizzate a fine intervento per controllare di non avere lasciato nel campo operatorio garze o altro materiale. L'insieme degli interventi messi in atto per ridurre i rischi per i pazienti (che sono alla base dei casi di "malasanità") viene denominata "gestione del rischio clinico" ed è stata introdotta negli ospedali italiani all'inizio degli anni 2000 ma, fino ad oggi, la sua implementazione è stata di fatto demandata alle regioni, con la conseguenza che l'attenzione per la sicurezza e le misure di prevenzione cambia molto a seconda dell'ospedale e della regione in cui si trova».

Al centro, la sicurezza del paziente: è davvero cosi?

«Bisogna premettere che in realtà solo alcune delle misure saranno percepibili, la maggior parte avranno un effetto più nascosto ma comunque significativo. La nuova norma mette in primo piano la sicurezza del paziente, ritenendola parte costitutiva del diritto alla salute ed elemento imprescindibile per l'attività di tutti gli operatori sanitari (medici e infermieri, ma anche farmacisti, tecnici sanitari, etc.). Contestualmente viene istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità con il compito di raccogliere i dati dai centri regionali (che saranno obbligatori) e di definire i programmi per la sicurezza del paziente nonché quelli per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario. Quest' organo è il primo passo per giungere ad un vero e proprio sistema nazionale integrato per la sicurezza dei percorsi di cura e la capillare diffusione di percorsi formativi specifici».

Gli ospedali saranno ancora all'oscuro delle situazioni di rischio?

«È stata introdotta una norma (già presente in alcuni paesi di cultura anglosassone) che prevede la protezione delle informazioni sull'analisi dei rischi. Si tratta di una misura di fondamentale importanza per lo sviluppo dei sistemi di prevenzione, in quanto consentirà alle strutture di venire a conoscenza di situazioni di rischio finora non segnalate per il timore di una eventuale acquisizione del materiale nel corso di indagini giudiziarie. Viene così a cadere una delle principali resistenze alla collaborazione dei medici e degli altri professionisti sanitari, che limitava la possibilità di acquisire conoscenze sui rischi da parte dell'ospedale, facendo mancare quello che è il primo tassello per potere affrontare la sicurezza dei pazienti. La nuova legge getta quindi le premesse per lo sviluppo dei sistemi di prevenzione dei rischi ospedalieri».

A chi ci si deve rivolgere, se si pensa di aver subito un danno?

«La novità maggiore è che con la nuova Legge il principale soggetto cui inoltrare la propria richiesta saranno le strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private, le quali risponderanno sempre e comunque per le azioni dei propri collaboratori. Nei confronti delle strutture, infatti, viene mantenuto e consolidato un principio già introdotto dalla giurisprudenza (la cosiddetta responsabilità contrattuale), in virtù del quale un paziente che si reputi danneggiato, ha 10 anni di tempo per procedere a una richiesta di

risarcimento indicando in cosa consiste il danno (che può essere una complicanza non prevista o un esito diverso da quello atteso).

Su chi ricade l'onere di provare l'esistenza o meno del danno?

« Il maggiore onere della prova ricade sulla struttura, che deve dimostrare che l'operato dell'organizzazione e dei suoi collaboratori che quanto avvenuto non era evitabile. Viene invece modificata in senso più restrittivo, la possibilità di chiedere i danni direttamente al professionista, nei confronti del quale il paziente avrà 5 anni di tempo e dovrà indicare non solo il danno ma anche quale è stato il comportamento che lo ha provocato per cui si chiede un risarcimento (si tratta della cosiddetta responsabilità extracontrattuale)».

Che cosa fare, se la visita è privata?

«La situazione antecedente aveva portato a una distorsione del sistema, per cui al professionista veniva chiesto di provare l'assenza di colpa, anche di fronte ad accuse ingiuste, cosa spesso non facile, soprattutto nei casi complessi e ad alto rischio. In conseguenza di ciò si è verificato un progressivo incremento dei costi delle coperture assicurative e un allontanamento dei giovani medici dalle specialità più esposte al contenzioso. C'è una eccezione allo schema sopra illustrato, da valutare caso per caso, ovvero quello in cui un professionista abbia assunto degli obblighi diretti con il paziente (come ad esempio quando ci si rivolge a uno studio professionale privato), in tali situazioni verrebbe a valere la stessa norma (contrattuale) indicata per le strutture sanitarie».

Come si «conteggiano» i danni? Che cos'è il Fondo di garanzia?

«Una volta accertata la responsabilità, della struttura e/o del professionista, e valutati i danni, si tratta di procedere alla quantificazione economica del danno e al suo risarcimento. Su questo punto la legge introduce il riferimento ai criteri per i danni da circolazione stradale, che basandosi su delle tabelle di riferimento omogenee, ridurranno l'ammontare dei risarcimenti rispetto alle prassi in uso nei tribunali. Altre novità sono la possibilità di inoltrare la richiesta danni direttamente alla compagnia di assicurazione e l'istituzione di un fondo di garanzia a tutela dei pazienti danneggiati. Tutto quanto sopra è relativo alle norme del Codice Civile, che regolamentano i rapporti tra persone ed aziende».

Come si modifica la responsabilità penale del medico?

«La Legge è intervenuta anche sul Codice Penale limitando la responsabilità penale dei professionisti sanitari ai soli casi di negligenza ed imprudenza, a meno che abbiano disatteso le indicazioni della letteratura scientifica e della buona pratica clinica. Grazie alle novità introdotte, sia in ambito civile che penale, ci si aspetta che i professionisti potranno lavorare con più serenità a tutto beneficio del rapporto con i pazienti e collaborare in maniera più puntuale alla conoscenza e prevenzione dei rischi».

Che cosa cambia nelle coperture assicurative?

«Altra importanti novità a tutela dei diritti dei pazienti sono quelle relative all'aumento delle coperture assicurative e agli obblighi di trasparenza delle strutture sanitarie, che prevedono la pubblicazione sui loro siti internet delle attività svolte per ridurre i rischi sanitari e dei riferimenti della copertura assicurativa,

nonché una definizione dei tempi di acquisizione della documentazione clinica, che dovrà essere fornita dagli ospedali entro sette giorni dalla richiesta».

Qual è il bilancio finale sulla legge?

«Da un lato, sono state introdotte regole che rendono più difficoltoso ottenere un risarcimento dal singolo professionista (laddove ne risponde comunque l'ospedale cui ci si è rivolti) e contengono la valutazione economica dei risarcimenti. Dall'altro lato, un sistema che attraverso l'alleggerimento della pressione sui professionisti e lo sviluppo dei sistemi di prevenzione fornisce le premesse per un miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Un ulteriore auspicato beneficio per la collettività sarà la possibilità di recuperare risorse economiche riducendo la pratica della medicina difensiva. La nuova norma ha tentato di conciliare interessi molto differenti, ovvero la tutela dei pazienti e il loro diritto a un giusto risarcimento in caso di danno, la possibilità per i professionisti sanitari di lavorare senza la costante preoccupazione degli aspetti giudiziari, la disponibilità sul mercato di idonee coperture assicurative, le esigenze di giustizia. Il risultato non può che essere il frutto di un compromesso tra questi interessi. L'applicazione di molte delle previsioni normative, soprattutto quelle assicurative, dipenderà dalla emanazione dei decreti attuativi, con i relativi tempi di attesa. Bisognerà inoltre osservare come la magistratura interpreterà ed applicherà le norme sulla responsabilità. Malgrado tali incertezze si tratta di una Legge importante, in quanto è la prima norma nazionale che affronta in modo organico due tematiche, sicurezza delle cure e responsabilità, che hanno un impatto rilevante sulla tutela della salute ed i bilanci economici delle Regioni».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.306
Diffusione 12/2016: 27.904
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

04-MAR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

La Giornata mondiale

Nella ricerca sulle malattie rare la speranza dei malati invisibili

LUISA MONINI

■■■ Qualcosa di diverso e innovativo quest'anno caratterizza la decima edizione della "Giornata mondiale delle malattie rare" ed è la campagna Rare Count (Conta Rarità) lanciata da Shire plc (pharmaceutical company) per rendere onore ai circa 350 milioni di malati invisibili che ogni giorno lottano per vivere. Sulle 7mila malattie catalogate dall'Oms come rare, circa l'85% è causata da anomalie genetiche e il 50% si manifesta sin dall'infanzia. La rarità di tali patologie fa sì che i pazienti e le loro famiglie sperimentino numerose problematiche a cominciare dalla carenza di informazioni e dal senso di isolamento.

Per affrontare queste malattie occorre anche una informazione capillare e in questo la Rare Count è in grado di dare un grande aiuto evidenziando la prevalenza delle malattie rare ancor oggi sconosciuta alla maggioranza delle persone.

Il tutto avviene attraverso una sorta di calcolatore che applica il rapporto statistico 1 a 20 (una persona su 20 nel mondo convive con queste patologie) per calcolare il numero potenziale di contatti che il social network dell'utente ha con persone colpite da malattie rare. Il risultato condivisibile rappresenta il Rare Count dell'utente ed evidenzia il potenziale impatto personale delle malattie rare.

Chiunque può andare sul sito www.shire.com/RareCount e calcolare e poi condividere in tempo reale il suo Rare Count su Facebook, Twitter o LinkedIn. Per ogni persona che partecipa, Shire donerà un dollaro alle più importanti organizzazioni mondiali di pazienti (fino a 10 mila dollari per ognuna): Nord-National Organization for Rare Disorders, Global Genes e Eurordis-Rare Diseases Europe. Una campagna di grande utilità pratica per i malati invisibili che così potranno acquistare sempre più visibilità e vedere finalmente riconosciuti il proprio diritto alla salute cominciando dalla possibilità di usufruire dell'esenzione per tutte le prestazioni sanitarie necessarie, spesso costosissime.

Le 280 associazioni di pazienti affetti da Malattie Rare premono inoltre affinché lo Stato sostenga la Ricerca e, come da normativa europea, conceda incentivi fiscali alle aziende farmaceutiche che decidano di investire nello studio di molecole salva-vita per i tanti "malati rari" ancora senza possibilità di cura.

Un caso esemplare è rappresentato in Italia dal Gruppo Dompè che ha deciso di focalizzare Ricerca e pipeline sulle Malattie Rare e precisamente sulla cura di alcune patologie dell'occhio come la cheratite neurotrofica che colpisce 1 persona su 10.000. Dompè, è riuscita a sviluppare un processo stabile idoneo alla produzione su scala industriale del NGF ricombinante umano. E così, per la prima volta, a quasi 60 anni dall'individuazione del Nerve Growth Factor, che è valso il Nobel a Rita Levi Montalcini, un'azienda è riuscita a valorizzare la scoperta e ad avvicinarsi alla fase di commercializzazione del prodotto. I ricercatori hanno infatti già conseguito risultati di straordinaria importanza clinica, dimostrando che l'NGF ha un potenziale terapeutico per le patologie sia della parte anteriore dell'occhio (cheratite neurotrofica, sindrome dell'occhio secco) che di quella posteriore (retinite pigmentosa, glaucoma. L'azienda biofarmaceutica Dompé ha recentemente annunciato che il Comitato per i Farmaci Orfani dell'EMA (European Medicines Agency) ha ufficialmente designato rhNGF, la molecola biotecnologica sperimentale messa a punto dalla ricerca Dompé, come farmaco orfano per il trattamento della cheratite neurotrofica.

Ancora una volta la ricerca ha dato i suoi frutti onorando appieno il motto scelto per la decima edizione della giornata delle Malattie rare "Con la ricerca le possibilità sono infinite".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 86.676
Lettori Ed. I 2015: 477.000
Quotidiano - Ed. Milano

CORRIERE DELLA SERA
Milano

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-MAR-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Vanni e Maran nella sede dell'Ema

Gara per l'Agenzia del farmaco Prima missione a Londra

Una visita utile «per dimostrare che siamo effettivamente pronti» e un sopralluogo per «capire quali sono le necessità logistiche della sede». Una delegazione del Comune di Milano, composta dal capo di gabinetto del sindaco Mario Vanni e dall'assessore all'Urbanistica Pierfrancesco Maran, è volata ieri a Londra in vista del trasloco dell'Ema. Come noto, l'Agenzia europea del Farmaco che oggi ha sede nella capitale inglese dovrà traslocare per effetto della Brexit e Milano si è candidata ad ospitarla. La delegazione ha fatto prima un passaggio in ambasciata e successivamente ha visitato l'attuale sede di Ema. I tempi dell'operazione sono stati confermati in un paio di anni e, anche per questo motivo, si è rinsaldata la linea già emersa durante la riunione tecnica di venerdì scorso: meglio indicare come sede uno stabile già esistente perché i temi per una realizzazione ex novo rischierebbero di essere troppo lunghi. Per questo, il dossier di candidatura verrà arricchito con una short list di ubicazioni possibili: come si è più volte detto, le ipotesi si concentrano fra l'area di CityLife e quella di zona Garibaldi con il Pirellino e il Pirellone (anche se i dipendenti della Regione si sono opposti a questa eventualità). Possibilità che fra l'altro, come osserva Maran, «garantiscono ottimi collegamenti con gli aeroporti e la stazione oltre che con l'intera città».

Nel giro di pochi giorni anche una delegazione del governo sarà a Londra per manifestare ufficialmente l'intenzione di candidarsi a dare casa all'Ema: i ministeri sono già al lavoro, in particolare quelli di Economia, Esteri e Sanità e il tavolo interistituzionale è guidato dal sottosegretario della presidenza del Consiglio Marco Simoni (perché proprio Palazzo Chigi ha la regia dell'operazione) e Marco Piantini, consigliere per gli Affari europei.

Elisabetta Soglio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

04-MAR-2017
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

LA SENTENZA/ UNA DONNA MORTA NELLA STESSA CLINICA DI DJ FABO

Germania, la svolta dei giudici "In casi estremi, sì all'eutanasia"

DALLA NOSTRA CORRISPONDENTE

BERLINO. È una tragedia talmente simile a quella di dj Fabo che i due sono morti persino nella stessa clinica svizzera, la Dignitas. Ma in Germania il caso di una donna di Braunschweig gravemente malata, che aveva cercato disperatamente e inutilmente di ottenere un medicinale per suicidarsi, ha provocato una storica sentenza della Corte suprema amministrativa di Lipsia. Che fa fare alla Germania un passo importante verso l'eutanasia legale.

Il verdetto dei giudici, infatti, impone allo Stato di concedere «un'eccezione» alla legge che impedisce la vendita di farmaci per il suicidio, «nel caso di pazienti gravemente malati o terminali, se hanno deciso liberamente e a ragion veduta, a causa di una situazione esistenziale insopportabile, di porre fine alla loro vita» e se mancano alternative «plausibili» come «una cura palliativa». Insomma, il tribunale della città sassone riconosce ai pazienti il diritto di acquistare quelle medicine «in casi estremamente eccezionali». Ma sostiene con tutta evidenza il principio dell'autodeterminazione.

Il caso è stato sollevato dal marito della donna. Nel 2004 la moglie, paralizzata dalla testa in giù, attaccata al respiratore artificiale e ovviamente bisognosa di cure costanti, ma soprattutto vittima di dolori e frequenti crampi, aveva fatto domanda all'Agenzia federale del farmaco (Bfarm) per ottenere un barbiturico per suicidarsi. Bfarm le negò il permesso di acquistarlo.

Secondo i giudici di Lipsia, l'Agenzia del farmaco tedesca avrebbe dovuto esaminare il caso. Se avesse riscontrato l'«estrema eccezionalità», avrebbe dovuto riconoscerle il diritto di comprare la medicina. Invece, la donna è stata costretta ad andare in Svizzera per porre fine alle sue sofferenze. *(t.m.)*

©RIPRODUZIONE RISERVATA

COME FABO Sopra, Fabiano Antoniani, noto come Fabo, l'ex dj milanese morto lunedì scorso nella clinica svizzera Dignitas, dove si pratica il suicidio assistito

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

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

TESTIMONIANZE DAI CONFINI

Il dovere morale della vicinanza

Quando un malato sceglie la morte, siamo noi tutti ad avere fallito

TESTIMONIANZE DAI CONFINI

Contro l'eutanasia il dovere morale della vicinanza

di **Nunzio Galantino**

Forti emozioni e intensa partecipazione hanno accompagnato il dramma umano di Fabiano Antonioni (Dj Fabo). Non si era ancora spenta l'eco di questo dramma e, subito, un'altra persona, Gianni Trez, 65 anni, ha voluto percorrere la stessa via verso la morte.

Al netto delle, purtroppo, inevitabili banalità e delle prevedibili strumentalizzazioni, in questi giorni ho letto pagine di grande valore e di ammirevole rigore. Personalmente ho deciso – pur se sollecitato da numerose richieste – di restare qualche giorno in silenzio, di non commentare, di ascoltare e provare a comprendere, senza cedere alle esigenze frettolose di una comunicazione convulsa e in eterna competizione con se stessa.

Dolore, sincera compassione, tristezza e forse anche un po' di rabbia. Sono le emozioni che hanno scosso il mio intimo, di fronte all'enorme sofferenza di Fabiano, duramente "ferito" (a causa di un incidente) nel corpo e, di conseguenza, nello spirito; di fronte al suo grido disperato per essere liberato da una condizione corporea che ormai percepiva come una insopportabile "gabbia"; ma, soprattutto, di fronte alla sua disperazione per il susseguirsi dei giorni che non riusciva più a riempire di senso, di valore e di speranza. È vero! Nella mia vita di prete, ho incontrato altri casi come quello di Fabiano, ma ne ho incontrati almeno altrettanti – soprattutto accompagnando gli ultimi giorni di vita di ragazzi e ragazze malati di Aids – che quel senso, quel valore e quella speranza li hanno coltivati fino all'ultimo. Forse anche per la vicinanza e il sostegno di parenti e amici. Non ho dimenticato né gli uni né gli altri. Tutti mi hanno spinto al silenzio rispettoso e mi hanno consegnato a uno sguardo più attento per il mistero che ognuno di noi è.

Ora Fabiano è morto, per sua scelta. Ma la sua vicenda si prolunga in quella di tante altre persone malate che, come lui, vivono ogni giorno la propria sofferenza, affrontando la difficile sfida di riconoscere ancora dignità e senso alla propria condizione esistenziale.

È quindi più che mai tempo di cercare, per loro e insieme a loro, possibili risposte, prospettive, soluzioni che rappresentino un sostegno reale per chi, afflitto da gravi e inguaribili malattie, vive una sofferenza ancora più reale e concreta. Perché è evidente che ancora facciamo troppo poco per sostenere e alleviare la pesante condizione loro e di chi se ne prende cura.

Ora, è accaduto che, per il suo contenuto, per il suo epilogo e per le modalità con cui è stata "raccontata", la storia di Fabiano abbia suscitato molte reazioni nell'opinione pubblica. Un suicidio più che annunciato, che ha richiesto una sorta di "esilio" dal proprio Paese, un dramma personale che purtroppo è stato anche utilizzato – ancora una volta – come vessillo per battaglie ideologiche, culturali e politiche, oggi portate avanti con una nuova aggressività e con preoccupante disprezzo e irrisione delle idee altrui.

A tal fine, ancora una volta, abbiamo assistito all'ennesima edizione della tradizionale "sagra" della distribuzione delle colpe per quanto accaduto: lentezza della politica, arretratezza culturale, integralismo religioso, "meschinità e ottusità" di tanti ipocriti, e avanti di questo passo. Con la scontata e "indiscutibile" presunzione che una società che abbia legalizzato suicidio assistito ed eutanasia sia, per ciò stesso, una società più evoluta e civile. Con contrapposizioni strumentali e qualche volta ipocrite, da una parte e dall'altra. Mai utili per un vero progresso verso la creazione di una coscienza e di una legislazione condivisa sul diritto di vivere e di morire con dignità, che comunque non potrà mai essere capace di contemplare al suo interno tutta la diversità dei singoli casi e tutto ciò che implica il "rispetto della persona umana". Quanta consapevolezza e quanta delicata responsabilità in quell'articolo 32 della nostra Costituzione: «La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

La mancanza di corretta informazione ha fatto pronunziare e scrivere frasi di un'assoluta inconsistenza sul piano giuridico. Non ci si è preoccupati, ad esempio, di chiarire che in Italia, anche se fosse già stato approvato il ddl sulle Dat (nella versione attuale) attualmente in discussione alla Camera, suicidio assistito ed eutanasia non sarebbero comunque permessi e, quindi, casi come quello di Fabiano non avrebbero potuto legalmente avere un simile epilogo.

Risulta perciò del tutto indebito (e ancora una volta strumentale) usare la forza emotiva evocata da drammatici casi personali – di Fabiano e di altri – per fare pressione sul legislatore, tentando di riorientare gli esiti normativi in senso eutanasico. Ancora più indebito in un Paese, come il nostro, costretto a registrare forti ritardi e qualche sordità istituzionale nei confronti dell'accesso alle cure palliative e dove manca una consapevole e condivisa cultura dell'alleviamento del dolore.

Detto questo, vorrei ritornare alla dimensione della persona. Fabiano, come Gianni e tanti altri, viveva una situazione drammatica, certamente dif-

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

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

ficile da decifrare e sopportare. Sono convinto che non spetti a noi giudicare la sua interiorità e la sua coscienza, luogo accessibile soltanto a Dio, l'unico che conosce e scruta i nostri cuori con verità. Di fronte alla sua morte, poi, è necessario rispetto e silenzio, perché si è consumato un terribile dramma umano; perché una persona è rimasta schiacciata dalla propria sofferenza, cedendo alla disperazione e al nonsenso. E quando accade questo, ciascuno di noi ne risulta in qualche modo sconfitto nella propria umanità, nella propria capacità solidale.

Continuo a pensare che la via dell'eutanasia (o del suicidio assistito), lungi dall'essere segno di civiltà evoluta, come con eccessiva sicurezza si sente dire, rappresenta una risposta sociale troppo superficiale e sbrigativa ai reali bisogni di chi soffre a causa di gravi malattie o infermità. La sua pratica suggerisce un messaggio falso e deleterio: esistono vite che, per le loro condizioni contingenti, non sono (o non sono più) degne di essere vissute. E la società preferisce liberarsene (anche in termini economici), anziché farsene carico.

Una simile logica avrebbe come effetto finale quello di creare nella comunità umana una "sacca di scarto" virtuale, l'insieme di coloro la cui vita sarebbe ritenuta "non degna" (impoverita in dignità) e, di conseguenza, non meritevole di essere sostenuta dalla comunità: gli "eleggibili" per l'eutanasia! Non è questo il volto degno di una comunità umana autenticamente "civile".

Dobbiamo avere il coraggio e la sapienza di andare in un'altra direzione. Dove più si alza il grido di bisogno e di richiesta d'aiuto di chi soffre – ad esempio per una grave e inguaribile malattia – è necessario investire più risorse, assicurando così un maggiore livello di assistenza. Ma il problema non è solo economico. Quello che dobbiamo – ed è un dovere morale – a chi vive tali drammi e alle loro famiglie è soprattutto una sincera prossimità umana, una solidarietà fattiva che possa smontare alla radice il "tarlo" cattivo della disperazione, della solitudine che corrode gli animi, dell'angoscia di non avere neanche i mezzi per essere curati. E uno sguardo affettuoso che riconosca e valorizzi – senza infingimenti – la dignità di quella vita umana, segnata così duramente dalla malattia.

Con Fabiano e Gianni, in qualche modo, abbiamo fallito, non ci siamo riusciti. Abbiamo la pressante responsabilità di riprovarci, insieme, per il bene di tante altre persone che attendono una risposta, un segnale di umanità solidale. E in definitiva, per il bene comune.

L'autore è Segretario Generale della Cei

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

04-MAR-2017
da pag. 15
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

SALVO DI GRAZIA

«Farmaci inutili e false terapie Vi svelo la verità sulla medicina»

di ALESSANDRO MILAN
a pagina 15

L'INTERVISTA SALVO DI GRAZIA

«Ci imbottiamo di farmaci che non servono a nulla E l'omeopatia è zucchero»

In «Medicine e bugie» il chirurgo mette in guardia da ciarlatani e cure miracolose «Non esistono pillole della giovinezza. Le diete che guariscono i tumori? Una bufala»

La vitamina C non serve a curare l'influenza Il ferro degli spinaci è una leggenda La valeriana non rilassa: calma di più la lettura di un buon libro

Troppe truffe in giro, come gli anelli dell'immortalità e il pediluvio che disintossica Con Di Bella nessuno è mai guarito, ma tanti si illudono di stare meglio

di ALESSANDRO MILAN

■ Capita a tanti malati o a chi sta loro a fianco. È capitato anche a me durante gli anni in cui mia moglie Francesca ha avuto un tumore, che poi l'ha portata via lo scorso 11 dicembre. Capita di imbattersi in persone che ti offrono una «cura» miracolosa, innovativa, alternativa alla medicina classica. Anche perché, ti assicurano i promotori di questa misteriosa altra via, la salute mondiale è in mano alle industrie farmaceutiche, che ci sfruttano per loro interessi. Conservo ancora sul cellulare lo scambio di opinioni con un noto presentatore televisivo che voleva parlare con Francesca, perché «potrei aiutarla a guarire con un regime di alimentazione adeguato». A quel collega consiglierei la lettura di *Medicine e Bugie* (edizione Chiarelettere), da qualche giorno in libreria. L'autore, Salvo Di Grazia, è un quarantanovenne chirurgo, specialista in ginecologia e ostetricia, che da anni combatte contro gli impostori in medicina. Lo fa sul blog *MedBunker* e, ovviamente, è stato accusato di essere al soldo delle multinazionali. Peraltro in queste 200 pagine Di Grazia è tutt'altro che tenero con le aziende farmaceutiche, descritte come realtà che in alcuni casi speculano sulla salute dei pazienti.

Che rapporto abbiamo con la salute?

«Siamo ossessionati dal desiderio di stare bene. E anche quando proviamo benessere, pensiamo di dover stare meglio. Per farlo assumiamo farmaci inutili».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

04-MAR-2017
da pag. 15
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Succede spesso?
«Sì. Quando abbiamo l'influenza, sa cosa dovremmo fare? Stare sotto le coperte perché per l'influenza, essendo una malattia virale, non esiste cura. Invece prendiamo l'antifebbrile, l'antidolorifico, la vitamina C».
A proposito di quest'ultima, lei nel libro distrugge un mito.
«Darò una delusione cocente ai lettori, lo so. La vitamina C non serve a prevenire l'influenza».
Ma come? Consumare agrumi è l'abc per contrastare raffreddori e influenze.
«È un mito. Ma se si cercano evidenze scientifiche non si trovano».
Vuole distruggere altri luoghi comuni?
«La valeriana. Non ha alcun effetto calmante scientificamente provato. Sarebbe bello: un prodotto della natura che rilassa. Ma calma di più la lettura di un buon libro».
Prosegua.
«Gli spinaci contengono pochissimo ferro».
Questa la sapevo.
«La leggenda, banalmente, nasce da Braccio di Ferro. Generazioni di mamme hanno cresciuto i figli dicendo loro «mangia gli spinaci che c'è il ferro».
Lei smitizza anche le proprietà benefiche dell'ambra.
«Sa quante mamme mettono oggetti di ambra al collo dei neonati perché pensano di prevenire il dolore causato dalla dentizione? E deve vedere quanti insulti ho ricevuto quando ho scritto sul mio blog che è una falsità. La superstizione è talmente forte, che se uno prova a stroncarla si è accusati di tradimento».
Lei se la prende anche con gli integratori.
«La maggior parte di quelli in vendita non serve a nulla».
Eppure costituiscono una fetta di mercato vastissima.
«Negli Usa 30 milioni di dollari l'anno. Questo perché mandiamo giù di tutto, bombardati dalla pubblicità. La maggioranza dei prodotti in farmacia è inutile, se non per darci l'illusione della felicità perenne».
Perché vengono venduti?
«Un farmaco, per essere commercializzato, deve superare procedure di approvazione rigorose. Per gli integratori basta dimostrare che siano innocui. Poi sugli integratori adottiamo comportamenti bizzarri».
Quali?
«Spesso chi li assume lo fa associandoli a un'acqua oligominerale. Compriamo un integratore che ci fornisce sali minerali, considerandoli evidentemente utili, ma beviamo acqua povera di sali. Non siamo strani consumatori?»
Messa così sembriamo anche un po' ebeti, mi scusi.
«Dovremmo essere più consapevoli. Un farmaco va assunto solo se c'è una malattia in corso, perché fa anche male, i cosiddetti effetti collaterali».
Le danno spesso del prezzolato dalle case farmaceutiche, eppure nel libro lei le critica.
«Critico i comportamenti scorretti. Ma è assurdo demonizzarle. Si pensi agli antidolorifici o agli anestetici: a chi li produce va dato merito».
Le case farmaceutiche vanno più ringraziate o criticate?
«Senza dubbio ringraziate. Rispetto a un secolo fa abbiamo eliminato tanta sofferenza, specie nelle malattie dei bambini. Però cercano giustamente il profitto, quindi gli occhi sono da tenere bene aperti».
Tra l'altro inventano malattie, lei sostiene.
«Si ricordi che siamo consumatori. Ultimamente c'è una pubblicità di un prodotto che descrive la cellulite come malattia. Se una donna ha la cellulite e fino a qualche tempo fa lo considerava un inestetismo, ora magari si convince di essere malata. E compra quel prodotto. Che, tra parentesi, non funziona»
I mezzi di informazione che atteggiamento hanno in tutto questo?
«Spesso imbarazzante. Si è persa nei giornali la figura del giornalista scientifico, prevalgono gli annunci eclatanti: «Scoperta cura per l'Alzheimer». Poi vai a scoprire che sono ricerche sponsorizzate da un'azienda che produce farmaci per l'Alzheimer».
Ci sono anche medici prezzolati, no?
«Ci mancherebbe, siamo una categoria umana, ci sono le pecore nere».
Chi in genere la insulta?
«Sul blog *MedBunker* da anni smonto le cosiddette cure alternative. Per chi le segue l'accusa più ovvia è quella: lo fai per interessi».
Mi parli di omeopatia.
«Una pratica che non ha alcuna validazione scientifica, una pallina di zucchero non ha alcun effetto medico. Non lo dico io, ma la scienza».
Ci sono medici omeopati.
«Probabilmente accontentano una fetta di mercato».
Perché molti italiani ci credono?
«Non sono così tanti come si vuol far credere. Nel 2014 la vendita dei prodotti omeopatici in farmacia è stata lo 0,86% del totale. Piuttosto, sa che anche io per una settimana sono diventato un santone?».
Non mi dica.
«Ero al pronto soccorso nella notte di Natale e si presenta una romena con dolori al fianco e alla schiena. Una colica renale. Le feci la cosiddetta «mossa di Giordano», due colpi secchi al fianco per verificare se ci fosse un'infezione alle vie urinarie, poi le somministrai un antidolorifico in vena. La mattina dopo la paziente si era ripresa».
E?
«La settimana successiva notai una cosa strana: tra le mie pazienti in ospedale aumentarono vertiginosamente le romene. Scoprii il perché quando tornò da me la donna di Natale e mi ringraziò perché l'avevo curata "con una mossa misteriosa e segreta". Ero diventato, a mia insaputa, un guaritore dai poteri magici. Ma la donna era guarita grazie all'antidolorifico in vena».
Lei sostiene che molti scopritori di cure miracolose sono mossi da rivalse personali.
«Prenda Luigi Di Bella e Tullio Simoncini, che sostiene di curare il tumore con il bicarbonato di sodio. Sono medici che forse non hanno raggiunto il massimo delle loro aspettative. Simoncini, oncologo, è stato medico dell'Inps. Di Bella era professore associato, non era mai diventato ordinario. Forse hanno cercato una sorta di rivincita popolare».
Cosa risponde a chi dice: «Sono guarito con quelle cure»?
«Ne ho conosciuti tantissimi. Mi scrivevano: "Guardi che ho usato il metodo Di Bella e sono guarito da un tumore gravissimo". Io rimanevo a bocca aperta, poi ho studiato le cartelle, li ho incontrati».
E?
«Spesso erano persone deboli. A volte erano stati curati in ospedale e poi avevano aggiunto la cura alternativa. Stavano meglio e dicevano grazie a Di Bella. Si creavano una storia parallela a quella reale».
Una persona guarita dal tumore con il metodo Di Bella esiste?
«Non l'ho mai trovata. L'ho cercata per anni. Ne ricordo una in particolare».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

04-MAR-2017
da pag. 15
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Mi dica.

«Mi scrisse che era guarita. Vidi le carte e gli dissi: "Ma guardi che qui non c'è evidenza di guarigione"».

E lui?

«Allargò le braccia e mi disse: "Lo so, ma cosa devo fare?". Eppure diceva di essere guarito grazie a Di Bella».

Lei che spiegazione si dà a questo comportamento?

«Sono persone fragili. C'è chi si nasconde dietro queste cure per inventarsi una speranza, altri sono dei veri e propri testimonial, altri ancora credono al guaritore».

Una cura alternativa che trova più ingannevole di altre?

«Quella di un ex medico tedesco, Ryke Geerd Hamer, il quale sostiene che tutte le malattie sono causate da traumi vissuti in passato. Questa persona proibisce addirittura l'uso di antidolorifici, della morfina».

Che ruolo ha nel nostro benessere l'alimentazione?

«Un tratto comune di quasi tutte le cure alternative è sostenere che una dieta particolare possa curare i tumori. Magari fosse così. È assodato che un'alimentazione vegetariana favorisce la prevenzione, mentre la carne aumenta il rischio di alcuni tumori. Ma titolare per questo "la carne è cancerogena" è una cretinata».

Sul sito *MedBunker* ultimamente quali bufale mediche ha smascherato?

«La dieta alcalina l'ha mai sentita? Se l'è inventata un naturopata americano, tale Robert Young, che poi è finito in galera, però in Italia fa furore».

Un'altra?

«La foot detox. Metti i piedi in una bacinella, l'acqua diventa arancione o marrone e ti sei disintossicato».

Bello.

«Una truffa. Nell'acqua ci sono delle piastre di metallo che rilasciano qualche ione e l'acqua si colora. È una banale elettrolisi, però costa 50 euro».

Infine?

«Un tale Alex Chiu vende gli anelli dell'immortalità. Basta indossarli di notte e si ringiovanisce. Molti si sono lamentati di non avere visto segni di ringiovanimento».

E dunque?

«Sul forum italiano del sito che vende il prodotto ci sono risposte strabilianti: "Se non funzionano gli anelli, è il caso di puntare alle pillole dell'immortalità"».

E il consumatore?

«Ovviamente compra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 29.861
Diffusione 12/2016: 22.346
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

04-MAR-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

L'AUDIZIONE LA SENATRICE A VITA ASCOLTATA SULLA PROPOSTA AMATI-ZINNI. MA I GRILLINI: NO, LASCIAMO LIBERTÀ DI SCELTA

Vaccini obbligatori, si va verso la legge Cattaneo: «Fa più male una aspirina»

● **BARI.** L'obiettivo del 95% di copertura vaccinale in Italia è ancora lontano, anche per via dei timori sui possibili effetti collaterali. Timori totalmente infondati, a volte vere e proprie bufale. «Una semplice aspirina è 15mila volte più pericolosa», ha detto ieri a Bari la senatrice a vita Elena Cattaneo, farmacologa di fama mondiale, intervenuta nell'audizione sulla proposta di legge dei consiglieri regionali Fabiano Amati (Pd) e Sabino (Zinni) che mira ad introdurre anche in Puglia - come ha già fatto l'Emilia Romagna - l'obbligo di vaccinazione dei minori per l'accesso alle strutture educative pubbliche. E che, proprio come in Emilia, sta vedendo la sostanziale condivisione di Forza Italia e il «no» dei grillini.

«Lasciamo che sia la politica a decidere, gli scienziati illustrano i dati e i dati non sono opinioni», ha detto Cattaneo, la cui relazione era incentrata sull'importanza dei vaccini nella storia della medicina. Ma con un taglio pratico: i genitori che rifiutano di sottoporre a vaccinazione i figli, ha detto la professoressa milanese, dovrebbero sottoscrivere un «dissenso informato, dichiarando di comprendere i rischi della loro scelta e accettando di ritirare i figli da scuola nei periodi delle epidemie stagionali». Un approccio che piace a Michele Conversano (Asl Taranto), coordinatore dei dipartimenti di prevenzione della Puglia, che ha ricordato come in altri Paesi europei non si possa andare a scuola senza essersi vaccinati. «I medici che parlano ancora della correlazione tra vaccini e autismo sono irresponsabili e andrebbero cacciati», secondo Cinzia Germinario, direttore dell'Osservatorio epidemiologico regionale, che ha mostrato come la crescita delle vaccinazioni si sia interrotta a partire dai nati del 2011. La scienza, però, non intende farsi tirare per la giacca nelle scelte dei politici. «Dobbiamo piuttosto chiederci - ha detto il pediatra Nicola Laforgia (Unversità di Bari) - se siamo tutti d'accordo rispetto all'obiettivo di raggiungere il 95% di copertura vaccinale».

Ed è questo il punto della questione perché, come ha chiarito la dirigente della sezione Promozione della salute, Francesca Zampano, «esiste una questione di metodo, ed introdurre l'obbligo è una delle possibili soluzioni». Difficile, però, non cogliere il vero e proprio allarme lanciato dagli esperti sulle possibili conseguenze di un insufficiente livello di vaccinazioni: rischia chi non si vaccina, ma rischia anche chi sta attorno a un bambino non vaccinato perché - ha spiegato la Cattaneo - «i virus mutano e diventano sempre più resistenti». E, dicono le ricerche, il più restio a far vaccinare i figli è chi diventa genitore in età avanzata, anche se ha un livello culturale elevato.

Ma sarà battaglia. I grillini hanno chiesto di ascoltare gli anti-vaccinisti e hanno tentato di suggerire i test pre-vaccinali («Una bufala assoluta», secondo gli esperti). «Il nostro timore - dicono - è che l'obbligo rischi di disincentivare le adesioni, meglio una scelta informata e consapevole». Enzo Colonna (Noi a Sinistra) chiede di limitare l'obbligo fino ai 6 anni. Francesca Franzoso (Forza Italia) chiede invece di estenderlo a tutte le vaccinazioni, anche a quelle raccomandate. Ad ascoltare l'audizione, ieri, un solo direttore sanitario (Antonio Sanguedolce della Asl Lecce). Chissà dov'erano gli altri. *[m.s.]*

LA STUDIOSA Elena Cattaneo a Bari con Fabiano Amati e Donato Pentassuglia [foto Luca Turi]

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Venerdì 03 MARZO 2017

Lorenzin, 4 anni da ministro: “Vaccinazioni e Caso stamina: le mie due grandi battaglie”

Testamento biologico, assenteismo, leggi sugli ordini professionali, fertilità, vaccini, obiezione di coscienza. Un giro a 360 gradi attorno alla Sanità italiana con il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, intervistata da Maurizio Costanzo, durante il suo talk show del giovedì sera.

Tre mandati, un unico obiettivo: combattere i falsi miti in nome della scienza. Due le principali battaglie: il caso Stamina e la campagna pro-vaccini. A raccontare di sé, della sua carriera e del suo impegno politico è il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. In un'intervista durante il talk show, condotto da Maurizio Costanzo, in onda il giovedì, in seconda serata su Canale 5, affronta tutti i temi più caldi che ruotano attorno al mondo della Salute ed a quello della Sanità.

Ad introdurre ogni argomento, come di consueto, sono delle immagini, intervallate da interviste e musica. La prima è quella del volto del Dj Fabo che, pochi giorni fa, è andato fino in Svizzera per essere accompagnato alla morte, dopo un tragico incidente stradale che lo ha reso paralitico e cieco.

Dopo il caso Fabo: tra sedazione profonda ed eutanasia
“Quando si parla della morte - ha detto Beatrice Lorenzin - si è di fronte ad un mistero che è più grande di quello della vita stessa: È un argomento delicatissimo. Ogni persona ha una sua storia, ognuno è un singolo, un universo a se stante. Da quando sono ministro ho ricevuto numerose segnalazioni di persone che vivono in condizioni dolorosissime, ma che, nonostante tutto, vogliono continuare a vivere. Per questo, chiedono di essere supportate. Non è un caso, dunque, che da ministro mi sono occupata della terapia del dolore, di sedazione profonda, contribuendo anche alla formazione degli hospice ed all’accompagnamento nell’ultima fase di quelle malattie che portano inevitabilmente alla morte. Credo che quando anche solo una persona chiede di essere accompagnata alla morte, di togliersi la vita, ci si trova di fronte al fallimento di un'intera comunità. Questo dovrebbe farci riflettere e farci diventare più attivi nell'aiutare le persone che soffrono".

Il testamento biologico
"In parlamento ora c'è una legge, che niente ha a che vedere con l'eutanasia, è sul testamento biologico. È una legge che permetterà alle persone di scegliere, in modo più profondo e più attento, il proprio percorso diagnostico . Ma questa opportunità non dovrà diventare un alibi per i professionisti della cura. Quando dico queste cose non immagino solo casi di questo tipo – il ministro si riferisce, anche se non in modo esplicito, alla storia del dj Fabo, ndr - ma anche a tutte le persone anziane, che non devono sentirsi un peso per la propria comunità”. E sul caso del dj Fabo il ministro non vuole esprimere commenti diretti: "Lo faccio - ha specificato – nel rispetto del dolore suo e dei suoi familiari.
Beatrice Lorenzin torna, poi, sulla sua esperienza diretta : “Parlando con pazienti ricoverati negli hospice, che chiedevano cure che non esistono, mi sono resa conto che è cambiata la cultura della morte. Noi non siamo stati educati alla morte. Nonostante le nuove scoperte e le nuove tecnologie, ci sono, tutt’oggi, delle situazioni dalle quali non si può uscire, delle malattie dalle quali non si può guarire".

Loreto mare, assenteismo e furbetti del cartellino
“È una grande schifezza: il ministro della Salute non usa mezzi termini, e nemmeno ci prova, quando le viene chiesto un parere sul caso dell’ospedale partenopeo Loreto Mare. E commentando la vicenda non perde occasione per ricordare il grande lavoro dei Nas su tutto il territorio nazionale. “Purtroppo - ha detto - non è il primo e neanche l'ultimo dei casi. Sono la prima che difende sempre la categoria dei sanitari: ho chiamato eroi quei medici e infermieri che lavorano sempre, anche dopo l'orario di lavoro, che sono riusciti a mandare avanti le strutture sanitarie pure durante questi anni di tagli. Ma, di contro, ho dovuto inviare gli ispettori in moltissime occasioni: ne ho pochissimi a disposizione che, però, fanno un enorme lavoro. Ma chi sbaglia paga e deve pagare veramente. Sono persone che hanno fatto un giuramento, che hanno contratto, una responsabilità.

Per questo, ogni volta che sbagliano devono essere puniti severamente, così da lasciare sempre il buon esempio”.

Un albo nazionale per i manager della Sanità

Secondo il ministro, però, il problema è a monte: non bisogna aspettare che arrivino i carabinieri a piazzare le telecamere per stanare i furbetti. “Ci sono dei direttori generali - ha spiegato - che dovrebbero controllare. C'è chi, da contratto ha proprio il compito di vigilare sulla produttività. E su questo argomento ho proposto una legge a cui tengo tantissimo, che adesso è stata impugnata dalla regione Veneto, ma spero possa andare avanti. Prevede l'istituzione di un albo nazionale dei direttori generali. Attualmente – ha continuato Beatrice Lorenzin - 113 miliardi di bilancio della Sanità pubblica sono gestiti da pochissime persone, ossia dai manager della sanità. E queste figure dovrebbero essere scelte attraverso una selezione nazionale ed anche risultare iscritti in un albo che garantisca la presenza di determinati requisiti. E, soprattutto, chi non raggiunge gli obiettivi non può conservare il proprio posto di lavoro. Questa legge era già praticamente approvata, stiamo cercando di apportare dei correttivi per mettere tutti d'accordo”.

Aborto e medici obiettori

Laconico il commento sul caso San Camillo e quel concorso riservato ai medici non obiettori : "è un'altra vicenda particolarissima. Qui non si tratta di essere obiettore o non obiettore – ha detto il ministro - ma se c'è una legge per gestire i concorsi questa legge va rispettata”.

Fertilità

Beatrice Lorenzin è diventata mamma quando aveva più di quarant’anni, quando quasi non ci sperava più. Ed è per questo che per lei il tema della fertilità è un argomento delicato, per cui ha mostrato sempre un notevole interesse.“la diminuzione delle nascite – ha spiegato – è una questione molto importante: nel nostro paese abbiamo un calo demografico dovuto anche alla situazione di tantissime coppie, centinaia di migliaia, che vogliono avere figli ma non ci riescono. In Italia è difficile anche adottare un bambino”. Ma a chi crede di avere tanto amore da dare, amore materno o paterno che sia, ma non può mettere al mondo un figlio, il ministro della Salute consiglia anche di intraprendere l’iter per l’affidamento: “è un’esperienza bellissima”, ha detto.

L’impegno politico come ministro della Sanità

“Reggere un dicastero come quello della Sanità non è una cosa semplice – ha spiegato Beatrice Lorenzin - richiede di scegliere e di farlo con umiltà. Si può anche sbagliare: l'importante è essere in buona fede".
Parlando, poi, di tutti i presidenti del Consiglio, con cui si è trovata a lavorare, ricorda quando con il governo Letta si è trovata immediatamente ad affrontare il caso Stamina: “ho deciso con coscienza di fare quello che ritenevo giusto in base alla scienza e per i pazienti . Enrico Letta mi ha sostenuto per nove mesi terribili, in cui ho subito anche una vera e propria aggressione”. Di Matteo Renzi, invece, dice “mi ha dato la possibilità di fare tutte le riforme che avevo in testa. E in questi giorni sto portando a casa proprio questo lavoro”.
Paolo Gentiloni invece l’ha definito “una persona con cui è sempre possibile condividere delle scelte”.
Insomma, un bel bilancio che sta dando i suoi frutti in questi giorni,tra i nuovi Lea, il patto della Salute, la nuova legge sulla responsabilità professionale e quella in arrivo sugli ordini professionali.
“Ma di strada da fare - ha aggiunto – ce n’è ancora tanta”.

Vaccini

Insieme a Stamina, quella sui vaccini, l’ha definita la sua battaglia più importante: “andando per i centri vaccinali – ha raccontato il ministro - ho potuto constatare di persona che i genitori vaccinano i propri figli contro la meningite, ma non li vogliono vaccinare contro il morbillo, una malattia per cui, in questi giorni, sono morti 26 bambini in Romania. Prima si moriva anche di rosolia e di meningite e oggi ce ne siamo dimenticati, viviamo in una sorta di falsa sicurezza”.
Molte malattie sono ancora incurabili, da altre si può guarire, di altre ancora non ci si ammala più proprio grazie ai vaccini. Qualunque sia la situazione, Beatrice Lorenzin ha ribadito l’importanza di affidarsi alla scienza e non hai falsi miti. “Casi – come quelli della ragazza malata di cancro che ha deciso di curarsi con rimedi naturali, rifiutando la chemioterapia – ha concluso il ministro – non possono più accadere”.

LA STAMPA.it

03-03-2017

Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Facebook si veste di rosa per la salute delle donne

Contro le bufale sul web si potranno scaricare materiali informativi realizzati da medici specializzati

Ci affidiamo ai social per raccontare quello che viviamo, condividere quello che ci piace e anche tenerci informati. Allora perché non utilizzarli anche per far prevenzione? Il conto alla rovescia per la Giornata Internazionale della Donna quest'anno sarà più virtuale che mai: da oggi all'8 marzo ogni giorno, su una **pagina Facebook dedicata** , verranno lanciati messaggi chiave per sfatare miti (e le bufale che girano sul web) ma soprattutto migliorare le proprie conoscenze su importanti aspetti della ginecologia e dell'ostetricia.

Si parlerà di stili di vita, prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili e benefici dei contraccettivi ormonali. Ma anche di come prepararsi alla gravidanza e preservare la fertilità in donne e uomini colpiti dal cancro. E la campagna culminerà l'8 marzo con un appello al rispetto per la donna, in modo trasversale alle differenti culture, religioni e contesti sociali.

La missione è far diventare virali post su argomenti importanti per la salute al femminile. Per questo il Comitato per la Salute della Donna e i Diritti Umani della **Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia** , presieduto dalla professoressa Chiara Benedetto dell'ospedale Sant'Anna di Torino, chiede l'aiuto

di tutti. E contro le bufale che girano sul web, sarà possibile approfondire ogni argomento con una serie di link e materiali accuratamente selezionati e certificati, dove gli argomenti vengono trattati da personale medico specializzato.

Insomma, un'alleanza per migliorare la salute della comunità partendo dalle donne, che vede la Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia collaborare attivamente in Italia insieme alla **Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia** , presieduta dal professor Giovanni Scambia, con il contributo della **Fondazione Medicina a Misura di Donna** .