



RASSEGNA STAMPA

18-02-2017

1. REPUBBLICA.IT E-cigarette, meno dannose ma non innocue
2. ANSA Tumori: pancreas, svelata 'chiave' della sua aggressività
3. IO DONNA Sigarette elettroniche: promosse, ma con riserva
4. AFFARITALIANI.IT Vaccini: Papillomavirus, calano in Italia le dodicenni vaccinate
5. QUOTIDIANO SANITA Piano vaccini domani in Gazzetta. Lorenzin: "Vaccini gratis per tutti e senza ticket". Ecco tutte le novità
6. QUOTIDIANO SANITA' La nuova legge sulla responsabilità professionale. cosa cambia per i medici e per i pazienti
7. ANSA Commissione Camera approva ddl su Biotestamento, scontro sulla nutrizione artificiale
8. MESSAGGERO Primo sì al biotestamento, ma è scontro sulla nutrizione artificiale
9. IL SOLE 24 ORE Fecondazione eterologa tracciata
10. ILSOLE24ORE.COM Anticorruzione: i dirigenti sanitari non devono Comunicare i dati patrimoniali
11. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Uno studente su tre ha utilizzato droghe
12. LA NOTIZIA Dall'obesità alla depressione. È un mondo di malati cronici
13. CORRIERE DELLA SERA La tecnica che «corregge» il Dna Sfida a tre per il brevetto del secolo

<http://www.repubblica.it/>

Sigarette elettroniche, meno dannose ma non innocue



Le e-cigarette contengono meno sostanze cancerogene rispetto alle bionde. Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di Oncologia Medica: "Possono essere uno strumento utile per smettere di fumare, efficace soprattutto all'interno di un programma"

di TIZIANA MORICONI

Utili per smettere di fumare, almeno per alcuni, e meno dannose delle sigarette, almeno per quanto riguarda il **tumore del polmone**, sebbene questo non significhi che sono innocue. Anche perché gli effetti sul lungo periodo non possiamo ancora conoscerli. Da quando è scoppiata la moda delle **sigarette elettroniche**, il dibattito sulla loro utilità e la loro sicurezza non si è mai spento: il livello di incertezza è alto, motivo per cui il condizionale è sempre d'obbligo. Intanto, però, si continuano ad accumulare dati.

La ricerca. Gli ultimi arrivano da uno **studio** apparso su *Annals of Internal Medicine*, commissionato dal *Cancer Research Uk*. I ricercatori dello University College di Londra

hanno comparato l'esposizione alla **nicotina**, agli **agenti cancerogeni** presenti nel tabacco e a diversi **composti tossici** in quattro gruppi di persone: fumatori delle classiche bionde, ex fumatori passati da almeno sei mesi alle e-cigarette o ai cerotti con nicotina, persone che utilizzano le une o gli altri pur continuando a fumare. Dall'analisi di campioni di urina e saliva dei 181 partecipanti, è emerso che chi ha utilizzato le sole e-cigarette o i soli cerotti presentava livelli significativamente inferiori di **acroleina, acrilammide, acrilonitrile, butadiene, ossido di etilene e Nnal**, una sostanza fortemente correlata con il rischio di **tumore del polmone**. Nei cosiddetti *svapatori*, questa sostanza è risultata inferiore del 97,5% rispetto a chi non aveva abbandonato le bionde.

Strategia anti-fumo. “La cosa migliore è certamente quella di smettere di fumare e, meglio ancora, non cominciare mai. Per questo è importante puntare molto sull'educazione ai corretti stili di vita, soprattutto tra i giovani”, sottolinea **Carmine Pinto**, Presidente dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica** (Aiom): “Fatta questa premessa, i dati raccolti fino a oggi ci dicono che nel **25-30%** dei fumatori, le e-cigarette possono essere uno strumento utile per disassuefarsi dal fumo, efficaci soprattutto se inserite all'interno di un programma. Rischi potenziali per la salute potrebbero essere correlati all'utilizzo di e-cigarette con nicotina, per questo è importante che non siano considerate innocue. Rispetto ai cerotti che presentano un rilascio di nicotina prestabilito per tempo di applicazione, la quantità di nicotina che si assume svapando può variare in relazione all'utilizzo individuale dell'e-cigarette. Infine, è importante ricordare che non si conoscono gli effetti complessivi delle sigarette elettroniche sulla salute nel lungo periodo”.

Nel Regno Unito, il Public Health England ha più volte ribadito il proprio appoggio alla diffusione della sigaretta elettronica come strumento per la lotta al fumo, e il Royal College of Physicians, nel rapporto '*Nicotine without smoke: tobacco harm reduction*' dello scorso aprile, ha dato il suo endorsement, concludendo che le e-cig sembrano aiutare i fumatori a smettere. Intanto, è stato istituito un **Comitato scientifico internazionale** per valutare proprio l'efficacia delle e-cigarette come strategia anti-fumo. Assolutamente da scoraggiare, al contrario, il loro utilizzo tra i non fumatori: secondo uno **studio** condotto dall'Università della Southern California, tra i teenager che provano la sigaretta elettronica la probabilità di passare al tabacco aumenta di sei volte.

E-cig: la fotografia in Italia. Nel 2016, in Italia, gli utilizzatori erano il 3,6% della popolazione, in netto aumento rispetto agli anni precedenti, come mostra l'**indagine Doxa condotta per l'Istituto Superiore di Sanità**. Tra questi, il 33,3% sono fumatori, l'11,1% ex-fumatori e il 55,6% non ha mai fumato. Rispetto al cambio di abitudini indotti dalla e-sig: il 7,7% del campione ha smesso di fumare, il 15,1% ha diminuito, il 24,9% ha ricominciato a fumare le sigarette tradizionali, il 17,8% ha cominciato a fumarle per la prima volta.

<http://www.ansa.it>

Tumori: pancreas, svelata 'chiave' della sua aggressività

Strada aperta a nuove terapie per fermare progressione malattia



ROMA - Svelato un nuovo meccanismo che regola il comportamento aggressivo del cancro al pancreas, uno dei tumori più difficili da diagnosticare e curare. Sono infatti stati pubblicati su 'Nature' i risultati di una ricerca svolta all'MD Anderson Cancer Center di Houston in Texas (USA) con la collaborazione di ricercatori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma.

"Lo studio - spiega Alessandro Sgambato, ordinario di Patologia generale all'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma in una nota del Policlinico Gemelli - ha permesso di identificare un nuovo meccanismo di 'tumorigenesi' che coinvolge diverse sub-popolazioni di cellule con differente aggressività suggerendo nuovi approcci terapeutici mirati a eliminare le cellule tumorali più aggressive responsabili della progressione della malattia".

Sul cancro del pancreas c'è molto interesse nella comunità scientifica per la identificazione di nuove strategie terapeutiche che possano migliorare la gestione di questa patologia e alleviare le sofferenze dei pazienti. Primo autore dello studio appena pubblicato è il dott. Giannicola Genovese, già specializzando in Oncologia e dottorando in Oncobiologia e Oncologia Medica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e attualmente Instructor presso l'MD Anderson Cancer Center della University of Texas negli Stati Uniti.



Sigarette elettroniche: promosse, ma con riserva

L fumo di sigaretta altera il funzionamento di 123 geni e stimola l'infiammazione. I vapori delle sigarette elettroniche modificano, invece, l'espressione di due soli geni. L'hanno scoperto ricercatori del British American Tobacco R&D Centre, usando un modello di polmone in 3D e un'innovativa tecnica di biologia molecolare. «Le e-cig sono meno genotossiche delle normali sigarette, ma non completamente scevre da potenziali rischi» osserva Roberto Boffi, pneumologo responsabile del Centro antifumo dell'Istituto dei Tumori di Milano. «Abbiamo raccolto alcuni dati che indicano la presenza nelle e-cig di metalli pesanti, come nichel, zinco, piombo e cromo, talvolta in quantità nettamente superiori alle sigarette normali. Il risultato è un effetto irritante sulle vie aeree, che può aggravare il quadro di chi già soffre di asma, bronchite cronica o enfisema. Non significa che le e-cig siano da condannare, piuttosto che servono studi più approfonditi. È possibile che questi dispositivi aiutino i grandi fumatori a smettere, ma bisogna fare in modo che la dipendenza non "raddoppi". In Italia, il 70 per cento di chi li usa è "duale": fuma all'aria aperta e "svapa" nei luoghi chiusi. Mentre l'11 per cento, soprattutto adolescenti, non ha mai fumato. Purtroppo sembra che l'iniziazione di questi giovani con l'e-cig possa con facilità farli poi diventare forti fumatori di tabacco». *Antonella Sparvoli*

Mi piace < 108 mila

RSS

ACCEDI FULLSCREEN CERCA



METEO OROSCOPO
GIOCHI SHOPPING
CASA

affaritaliani.it

Il primo quotidiano digitale, dal 1996



Fondatore e direttore
[Angelo Maria Perrino](#)

POLITICA ESTERI ECONOMIA CRONACHE CULTURE COSTUME SPETTACOLI SPORT MILANO ROMA REGIONI
PALAZZI & POTERE LAVORO MARKETING MEDIATECH FOOD SALUTE IL SOCIALE MOTORI VIAGGI FOTO aiTV

NOTIZIARIO

▶ AITV

[torna alla lista](#)

Vaccini: Papillomavirus, calano in Italia le dodicenni vaccinate

17 febbraio 2017- 15:22



Roma, 17 feb. (AdnKronos Salute) - Calano in Italia le teenager vaccinate contro il Papillomavirus. Un leggero decremento che emerge dai dati, al 31 dicembre 2015, di copertura nazionali e regionali per la vaccinazione Hpv, resi noti dal ministero della Salute. "Come per altri vaccini, i dati 2015 mostrano un leggero decremento nell'ultimo anno, visibile se si confrontano i dati delle rilevazioni 2014 della coorte 2000 (1 dose, 75,2%, ciclo completo 70,8%) con quelli delle rilevazioni 2015 della coorte 2001 (1 dose, 73,1%, ciclo completo 70%)". In dettaglio, i dati relativi alle coorti più vecchie (1997-2001) per le quali l'offerta vaccinale si mantiene gratuita in quasi

tutte le Regioni fino al compimento del diciottesimo anno, si attestano su una copertura del 73-76% per almeno una dose di vaccino e del 70-72% per ciclo completo; circa il 4% delle ragazze di ogni coorte ha iniziato ma non completato il ciclo vaccinale. La copertura continua ad essere monitorata annualmente "e si nota un graduale aumento, proprio per effetto del recupero di ragazze vaccinate in ritardo". I dati evidenziano un'ampia variabilità delle coperture vaccinali tra le Regioni per tutte le coorti: 37-87% per la coorte 1998, 37-84% per la coorte 2001. La copertura vaccinale media per Hpv nelle ragazze "è discreta se si confrontano i dati con altre nazioni europee, ma ben al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale (95%)", rileva il ministero. Questa vaccinazione è offerta gratuitamente e attivamente alle bambine nel dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti) in tutte le Regioni italiane dal 2007/2008. Alcune hanno esteso l'offerta attiva della vaccinazione a ragazze di altre fasce di età. Inoltre Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia offrono il vaccino anche agli individui, maschi e femmine, Hiv positivi. Alcune regioni, inoltre, hanno recentemente esteso la vaccinazione Hpv ai maschi nel dodicesimo anno di vita (Sicilia, Puglia; altre, come Liguria, Friuli Venezia Giulia e Veneto offrono il vaccino a partire dalla coorte 2004). Nel nuovo Piano vaccini 2017-2019 e nei nuovi Lea - di cui è attesa la pubblicazione in Gazzetta ufficiale - la vaccinazione gratuita nel corso del dodicesimo anno di età è prevista anche per i maschi; l'offerta attiva, tuttavia, potrebbe raggiungere la piena operatività nel corso del 2018.

Shopping



-40 %

Tubino con maniche mod ...

16,90 €

Mediawavestore ...

VEDI

POLITICA

Palazzi & Potere
Europa

COSTUME

SALUTE
Malattie rare

SPETTACOLI

MARKETING
MEDIATECH

I BLOG

Cinque alle cinque
Al lavoro

I BLOG

Il mondo è rotondo
Il notaio conferma?

segui **quotidianosanità.it**

[Tweet](#) stampa

Piano vaccini domani in Gazzetta. Lorenzin: “Vaccini gratis per tutti e senza ticket”. Ecco tutte le novità

Il nuovo Piano nazionale vaccini 2017/2019 conclude il suo lungo cammino con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 18 febbraio. Molte le novità. Si allarga l'offerta vaccinale, arrivano l'Anti Pneumococco e Zoster per gli anziani, l'anti Meningococco b, Rotavirus e Varicella per i più piccoli e l'anti Papillomavirus anche agli adolescenti maschi. Tra gli obiettivi quello di raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free. Possibili sanzioni ai medici 'anti vaccini'. [IL PIANO NAZIONALE VACCINI 2017-2019](#)



17 FEB - “Finalmente il Piano nazionale vaccini 2017-2019 conclude il suo iter con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale di sabato 18 febbraio”. Lo ha reso noto oggi il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che ricorda all'Ansa come nel “nuovo Piano collegato ai nuovi Livelli essenziali di assistenza, i vaccini saranno gratis per tutti e senza pagamento del ticket”.

Il ministro ha sottolineato che il Piano “rappresenta nei fatti l'affermazione della politica di prevenzione nel nostro Paese. Ora la prossima sfida sarà l'applicazione uniforme in tutte le regioni italiane su cui vigileremo, anche perché visto l'andamento delle coperture vaccinali che negli ultimi anni hanno registrato un pericolosissimo calo è necessaria una grande battaglia culturale e di sanità

pubblica per sconfiggere alcuni tabù anti scientifici che ci sono sui vaccini”.

“Nel Piano – conclude il ministro - è previsto l'avvio di campagne informative e di sensibilizzazione perché oggi molte persone rinunciano a vaccinazioni importantissime, come quella sul morbillo”.

Obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 sono:

1. Mantenere lo stato polio-free
2. Raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free
3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture descritte più oltre
4. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la

conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale

5. Contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili
6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
7. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione
8. Promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano, descritti come “10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia”
9. Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza
10. Attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della Difesa)
11. Favorire, attraverso una collaborazione tra le Istituzioni Nazionali e le Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

QS newsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)
 Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

QS gli speciali



I nuovi Lea. Tutto quello che c'è da sapere
 tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 Cara ministra sono un'infermiera di 57 anni e sono stanca
- 2 L'osteopatia non è una specializzazione della fisioterapia
- 3 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi
- 4 Quei pazienti mai soddisfatti e sempre pronti alla denuncia
- 5 Oss con Formazione Complementare. Migep: “Corsi regionali da bloccare”
- 6 L'osteopata non esiste
- 7 Fisioterapista non può operare senza prescrizione del medico. La sentenza del Consiglio di Stato
- 8 Diabete. Nuova insulina disponibile anche in Italia
- 9 “Il taglio di 422 milioni alla sanità ormai è certo. Nuovi Lea a rischio”.

Sanzioni ai medici. Il Piano prevede che "saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli ordini professionali e delle associazioni professionali e sindacali che possano portare anche all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali qualora ne venga ravvisata l'opportunità".

Intervista a Massimo Garavaglia

- 10 Ritiro precauzionale di lotti di Aspirina 500 mg granulato e Alka Effer compresse effervescenti

Obiettivi specifici di copertura vaccinale

Fascia di età	Vaccinazioni	Obiettivo di copertura vaccinale		
		2017	2018	2019
I anno di vita	Meningo B	≥60%	≥75%	≥95%
	Rotavirus	≥60%	≥75%	≥95%
II anno di vita	Varicella (1° dose)	≥60%	≥75%	≥95%
5-6 anni di età	Varicella (2° dose)	≥60%	≥75%	≥95%
Adolescenti	HPV nei maschi 11enni	≥60%	≥75%	≥95%
	IPV	≥60%	≥75%	≥90%
	meningo tetravalente ACWY135	≥60%	≥75%	≥95%
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%
	Zoster	20%	35%	50%

- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e per le vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 90% per la vaccinazione anti dTpa negli adolescenti (5° dose), (range 11-18 anni);
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 90% per la vaccinazione anti Poliomielite in una coorte di adolescenti (5° dose) (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per 1 dose di MPR entro i 2 anni di età;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per la 2° dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti suscettibili (11-18 anni);
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antimeningococcica C entro i 2 anni di età;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antimeningococcica B nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACYW135 in una coorte di adolescenti (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per 1 dose di vaccinazione antivaricella entro i 2 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per la 2° dose di vaccinazione antivaricella nei bambini di 5-6 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per le vaccinazioni anti rotavirus nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento, nelle ragazze nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV ≥ 95%;
- Raggiungimento, nei ragazzi nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV ≥ 95%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Riduzione a meno del 5% della percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia;
- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA;
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti HZ del 50%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella.

I nuovi vaccini

Anti Pneumococco e Zoster per gli anziani, anti Meningococco b, Rotavirus e Varicella per i più piccoli, anti Papillomavirus anche agli adolescenti maschi. Sono alcuni dei nuovi vaccini che saranno offerti a breve gratuitamente e sono contenuti nel nuovo Calendario vaccinale. Questi vaccini si andranno infatti ad aggiungere a quelli già disponibili gratuitamente. Per alcuni viene estesa la fascia di età o il tipo di popolazione interessata; altri vengono introdotti ex novo; per altri ancora la gratuità viene estesa da alcune regioni a tutto il territorio nazionale.

Bambini. Nel primo anno di vita saranno introdotti i vaccini gratuiti contro il Meningococco b, batterio pericoloso che può provocare casi letali di meningite, e il rotavirus, che è causa di gastroenteriti molto forti che possono avere conseguenze gravi nei più piccoli. Per l'antimeningococco b (attualmente a pagamento in quasi tutte le regioni) la prima dose si effettua a partire dai tre mesi di vita, con richiami a seguire. Per il rotavirus, a partire dalla sesta settimana di vita, insieme con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita. Nel secondo anno di vita invece si potrà fare quello contro la Varicella (oggi gratuito solo in 8 regioni), malattia che in rari casi può provocare complicanze e richiedere ricovero ospedaliero. Il vaccino si effettua dai 13-15 mesi di vita, anche insieme a quello per morbillo, rosolia e parotite, con richiami a seguire.

Adolescenti. Il vaccino contro il Papillomavirus (Hpv), oggi gratuito per le adolescenti, sarà esteso anche ai ragazzi maschi, per riuscire a debellare la diffusione del virus che è la più frequente causa di tumore alla cervice dell'utero e alla bocca. Agli adolescenti verrà poi offerto il meningo tetravalente, ovvero che protegge contro il meningococco dei ceppi A, C, W, Y, alcuni dei quali diffusi soprattutto in continenti extraeuropei.

Anziani. viene introdotto gratuitamente il vaccino contro l'Herpes Zoster, causa del più noto Fuoco di sant'Antonio, in grado di ridurre del 65% i casi di nevralgia, una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia. Sarà poi offerto, in tutte le regioni (superando la frammentazione territoriale oggi registrata) il vaccino contro lo pneumococco, che protegge sia contro la polmonite che contro la meningite, una

complicanza in alcuni casi associata. Inoltre il Piano sottolinea un "rinnovato impegno" nel promuovere la vaccinazione antinfluenzale per persone con 65 anni o più.

Novità che ovviamente si aggiungono all'offerta vaccinale già disponibile, per la quale il nuovo piano innalza gli obiettivi di copertura: ovvero l'esavalente (anti difterite, tetano, pertosse, polio, epatite b ed haemophilus influenzae) e il trivalente (Morbillo, Parotite e Rosolia) e il Meningococco c. Tra gli obiettivi del documento, inoltre, mantenere lo stato polio-free, raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free, aumentare l'adesione consapevole, contrastare le disuguaglianze, promuovere una cultura delle vaccinazioni.

L'impatto economico

PREVENZIONE		
MAGGIORI ONERI		
quantificabili	€/mln	non quantificabili
Piano Nazionale Vaccini PNPV 2012-14	123,6	
Introduzione Vaccinazioni gratuite da PNPV 2016-18	303,3	
TOTALE	426,9	
MINORI ONERI/MAGGIORI ENTRATE		
quantificabili	€/mln	non quantificabili
Effetto applicazione Intesa e Piano Vaccini 2012-14	89,6	
Effetto applicazione Intesa e Piano Vaccini 2016-18	87,1	
RIDUZIONE COSTI DIRETTI E INDIRETTI	30,0	
TOTALE	206,7	
SISTEMA REGOLATORIO REGIONALE		
quantificabili	€/mln	non quantificabili
Gli oneri sono già sostenuti dalle regioni. In particolare sulla base di: INTESA CSR del 22.2.2012 per Pneumococco e Meningococco, PIANO VACCINI per Varicella; INTESA CSR 20.12.2007 per anti HPV; PNPV 2016-18		
TOTALE IMPATTO NETTO	220,2	

17 febbraio 2017

© Riproduzione riservata

Approfondimenti:

■ **Gaudioso (Cittadinanzattiva):** "Fondamentale monitorare l'effettiva copertura"

Altri articoli in Governo e Parlamento



Consiglio dei ministri. Rinvio esame riforma testo unico pubblico impiego e nomina manager Asl. Sì a norme sul licenziamento nella PA



Testamento biologico. Concluso esame in Commissione. Scontro aperto sulle DAT. E Paolo Sisto (FI) abbandona i lavori. Testo in Aula alla Camera il 27 febbraio



La nuova legge sulla responsabilità professionale. Cosa cambia per i medici e per i pazienti



Guadagnare salute. In via di definizione protocollo d'intesa tra Ministero della Salute e della Difesa



Pubblico impiego. Ecco la bozza di decreto domani all'esame del CdM. Dalla stabilizzazione dei precari al polo unico Inps per i controlli



Tagli al fondo. Sconcerto nel Governo per atteggiamento Regioni: "Non si possono firmare intese e il giorno dopo negarle"

Quotidianosanita.it

Quotidiano online
d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma (RM)

Direttore responsabile

Cesare Fassari

Direttore editoriale

Francesco Maria Avitto

Direttore generale

Ernesto Rodríguez

In redazione

Lucia Conti
Ester Maragò
Giovanni Rodríguez

Collaboratori

Eva Antonioti (Ordini e professioni)
Gennaro Barbieri (Regioni)
Ivan Cavicchi (Editorialista)
Fabrizio Gianfrate (Editorialista)
Ettore Mautone (Campania)
Maria Rita Montebelli (Scienza)
Claudio Rizzo (Piemonte)
Edoardo Stucchi (Lombardia)
Vincino (Vignette)

Contatti

info@qsedizioni.it

Pubblicità

Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Redazione

Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.

Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n.
115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
[Policy privacy](#)

segui **quotidianosanità.it**

[Tweet](#) stampa

La nuova legge sulla responsabilità professionale. Cosa cambia per i medici e per i pazienti

Mettere un freno al contenzioso medico-legale per consentire ai medici di lavorare meglio e ai pazienti di essere curati in maniera adeguata. Questi i principi alla base della proposta di legge sulla responsabilità professionale, ormai in dirittura d'arrivo (è ancora in discussione al Senato che dovrebbe licenziarla definitivamente giovedì prossimo). In un incontro promosso da Maurizio De Cicco, presidente e AD Roche, ne hanno illustrati contenuti e scenari l'On. Federico Gelli, il professor Walter Ricciardi e il professor Pietro Sirena.



17 FEB - Quasi un euro ogni 10 di quelli spesi in sanità va in fumo per esami e visite inutili richiesti dai medici per ridurre il rischio del contenzioso, non per una reale necessità clinica. E alla fine dell'anno sono oltre 10 i miliardi di euro bruciati sull'altare della medicina difensiva, epilogo di un contenzioso medico-legale arrivato a livelli inauditi che paralizza l'operato dei medici e penalizza gli stessi pazienti.

E' su questo triste *background* che si staglia il progetto di legge "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", invocato e atteso da almeno 15 anni e ormai giunto in dirittura d'arrivo. Il Senato dovrebbe

licenziarne il testo riveduto e corretto giovedì della prossima settimana. Poi bisognerà attendere i decreti attuativi prima che il tutto venga implementato.

E della legge si è discusso ieri in casa Roche, nel 'salotto' della sede romana di San Lorenzo in Lucina. Per dibattere di luci e ombre di questa legge, **Maurizio de Cicco**, presidente e AD Roche, ha invitato l'onorevole **Federico Gelli**, relatore per la maggioranza del progetto di legge, il professor **Walter Ricciardi** presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e il professor **Pietro Sirena** Ordinario di Istituzioni di Diritto Privato, Università Bocconi di Milano.

Il provvedimento di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario, atteso da 15 anni, è il primo dei temi che verranno affrontati nel ciclo di incontri "TETRIS: mosaici di salute", promossi da Roche su tematiche chiave della sanità.

"Crediamo che essere l'azienda leader nella salute, grazie all'innovazione dei nostri farmaci, significhi anche portare all'attenzione temi cruciali per il settore, promuovendo un dibattito costruttivo tra tutti gli attori del Sistema, un Sistema che tra l'altro ci vede protagonisti da 120 anni, anniversario che avremo il piacere e l'orgoglio di celebrare quest'anno - dichiara **Maurizio de Cicco** - Roche vuole quindi creare occasioni di confronto e sinergia a fianco del mondo istituzionale, della comunità scientifica e della cittadinanza, auspicando si possano trovare insieme soluzioni percorribili per la sostenibilità del nostro Paese".

Una legge dal solido impianto, questa in discussione al Senato, che viene a colmare un vuoto normativo che vede l'Italia praticamente sola nel panorama mondiale e

che si spera possa mettere un freno al dilagare del contenzioso medico-legale e alla piaga della medicina difensiva che genera uno 'spreco' stimabile intorno ai 10 miliardi di euro, pari dunque al 10,5% del totale della spesa sanitaria e allo 0,75% del Pil.

"Questa legge - commenta il **professor Pietro Sirena** - interviene in una situazione di carenza normativa ma con intensa giurisprudenza, che ha generato il fenomeno della medicina difensiva. Lo scenario attuale potrebbe essere sintetizzato in quattro 'parole chiave': troppa responsabilità civile, troppi risarcimenti, poca assicurazione, poco *risk management*. In questi anni - spiega Sirena - abbiamo assistito ad un'interpretazione creativa del diritto, secondo cui la responsabilità del medico è presunta. Il medico insomma aveva l'onere di provare che la sua 'colpa' non sussisteva e il sistema commisurava il risarcimento in modo idiosincratico, dalla parte del danneggiato".

Il decreto Balduzzi aveva per la verità tentato di ripristinare la regola secondo la quale la colpa del medico non si presumeva fino a prova contraria, spettando quindi l'onere della prova al denunciante. Ma come è noto non ha avuto grande seguito. Con questa nuova legge si ribadisce invece in maniera forte e chiara l'inversione dell'onere della prova.

"Questa legge per nessuna ragione - afferma Gelli - va intesa come un salvacondotto per i medici". Di certo aumenterà tutele e garanzie degli esercenti della sanità "un esercito che tra il pubblico e il privato conta oltre un milione di persone, 350 mila dei quali medici, e accanto a questi infermieri, farmacisti e altre figure professionali. Ma anche il cittadino ne guadagnerà "potendo finalmente fruire - spiega Gelli - di strumenti legislativi che gli consentiranno di ricevere eventuali risarcimenti in tempi decisamente più

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.


I nuovi Lea. Tutto quello che c'è da sapere

tutti gli speciali

i Più Letti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 Cara ministra sono un'infermiera di 57 anni e sono stanca
- 2 L'osteopatia non è una specializzazione della fisioterapia
- 3 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi
- 4 Quei pazienti mai soddisfatti e sempre pronti alla denuncia
- 5 Oss con Formazione Complementare. Migep: "Corsi regionali da bloccare"
- 6 L'osteopata non esiste
- 7 Fisioterapista non può operare senza prescrizione del medico. La sentenza del Consiglio di Stato
- 8 Diabete. Nuova insulina disponibile anche in Italia
- 9 "Il taglio di 422 milioni alla sanità ormai è certo. Nuovi Lea a rischio". Intervista a Massimo Garavaglia

contenuti". Tutto ciò nell'ottica di deflazionare il contenzioso e tornare ad un sistema assicurativo antecedente al '95, prima del boom del contenzioso.

Questi sono i due pilastri della legge, all'interno dei quali c'è il grande capitolo della prevenzione. Tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie, sia pubbliche che private, avranno l'obbligo della copertura assicurativa, commisurata alla loro dimensione.

Il risk management. "All'interno del testo – prosegue Gelli - abbiamo regolamentato l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (*risk management*)".

Nasce dunque il *risk manager*, una nuova figura professionale che dovrà occuparsi della gestione del rischio sanitario all'interno delle diverse strutture e che ne renderà conto ai centri per il rischio clinico regionale, i quali a loro volta faranno capo ad Agenas. In questo modo, episodi e situazioni critiche diventeranno patrimonio clinico-culturale condiviso.

Le linee guida. Un ruolo centrale in questo progetto di legge è rivestito dalle linee guida che verranno elaborate da società scientifiche e istituti di ricerca accreditati e iscritti in un apposito albo presso il Ministero della Salute. Spetterà poi all'Istituto Superiore di Sanità la 'certificazione' di queste linee guida che verranno inserite all'interno di uno specifico *repository* dell'Istituto Superiore di Sanità dove potranno essere consultate per diventare punto di riferimento della pratica clinica.

"Le linee guida comunque – sottolinea Gelli – non possono coprire tutta l'attività sanitaria; sono un pezzo importante del ragionamento, ma devono disciplinare e non normare e vanno considerate insieme alle buone pratiche assistenziali".

"Le responsabilità che il progetto di legge affida all'Istituto Superiore di Sanità – afferma il **Professor Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità- è perfettamente in linea con il percorso fatto in questi anni, che mira a rilanciarne e a promuoverne il ruolo a livello nazionale, europeo e internazionale. La responsabilità sulle Linee Guida conferita dalla legge all'Istituto ne riconosce la competenza scientifica, ma anche il ruolo di ponte tra scienza medica e cittadino. L'Istituto dovrà verificare la conformità della metodologia adottata a standard definiti, la rilevanza delle evidenze scientifiche e infine la pubblicazione delle Linee Guida stesse nel proprio sito internet. Questa legge – conclude Ricciardi – rappresenterà anche lo spunto per migliorare l'organizzazione e la prevenzione, ma anche l'*empowerment* dei pazienti".

Se si vogliono evitare esiti indesiderabili di medicina cosiddetta difensiva, non resta dunque che abbassare la soglia di 'punitività' della responsabilità civile in questa materia, e puntare anche a un contenimento quantitativo dei risarcimenti, o quanto meno a una loro maggiore prevedibilità e calcolabilità.

"L'assenza di un chiaro inquadramento legislativo su questa materia- conclude l'onorevole **Gelli** - ha tolto serenità a medici e professionisti e soprattutto ha avuto come ricaduta l'enorme costo della medicina difensiva che pesa sul nostro sistema salute. L'obiettivo di questo progetto di legge è quello di aumentare le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario.

Nel testo si fa riferimento all'obbligo per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private di essere provviste di una copertura assicurativa, e si ribadisce l'obbligatorietà dell'assicurazione per tutti i liberi professionisti. Dal lato dei pazienti, poi, sono state previste nuove misure, come quella riguardante la trasparenza dei dati: le strutture sanitarie saranno tenute a fornire ai pazienti la documentazione clinica da loro richiesta entro 7 giorni. Verrà infine istituito un Fondo di garanzia per il rimborso dei danni derivati da responsabilità sanitaria".

Insomma i pazienti non hanno nulla da temere da questa nuova legge. Chi ha diritto ad un risarcimento lo avrà e anche in tempi molto più snelli di quelli attuali. Ma l'onere della prova spetterà ora al denunciante, cioè al paziente. E le strutture sanitarie avranno modo di riflettere e imparare da eventuali errori, analizzandone le cause e proponendo misure correttive. In un clima di crescita culturale e non di caccia alle streghe.

Maria Rita Montebelli

17 febbraio 2017

© Riproduzione riservata

10 Ritiro precauzionale di lotti di Aspirina 500 mg granulato e Alka Effer compresse effervescenti

Altri articoli in Governo e Parlamento



Piano vaccini domani in Gazzetta. Lorenzin: "Vaccini gratis per tutti e senza ticket". Ecco tutte le novità



Consiglio dei ministri. Rinvio esame riforma testo unico pubblico impegno e nomina manager Asl. Si a norme sul licenziamento nella PA



Guadagnare salute. In via di definizione protocollo d'intesa tra Ministero della Salute e della Difesa



Pubblico impiego. Ecco la bozza di decreto domani all'esame del CdM. Dalla stabilizzazione dei precari al polo unico Inps per i controlli



Tagli al fondo. Sconcerto nel Governo per atteggiamento Regioni: "Non si possono firmare intese e il giorno dopo negarle"



Milleproroghe. Il Senato approva il decreto che ora passa alla Camera. Ecco il testo

Quotidianosanita.it

Quotidiano online d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma (RM)

Direttore responsabile

Cesare Fassari

Direttore editoriale

Francesco Maria Avitto

Direttore generale

Ernesto Rodriguez

In redazione

Lucia Conti
Ester Maragò
Giovanni Rodriguez

Collaboratori

Eva Antoniotti (Ordini e professionisti)
Gennaro Barbieri (Regioni)
Ivan Cavicchi (Editorialista)
Fabrizio Gianfrate (Editorialista)
Ettore Maulone (Campania)
Maria Rita Montebelli (Scienza)
Claudio Rizzo (Piemonte)
Edoardo Stucchi (Lombardia)
Vincino (Vignette)

Contatti

info@qsedizioni.it

Pubblicità

Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Redazione

Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
[Policy privacy](#)

<http://www.ansa.it>

Commissione Camera approva ddl su Biotestamento, scontro sulla nutrizione artificiale

Deputati cattolici non votano. Il 27 febbraio l'esame in Aula



La Commissione Affari sociali della Camera ha approvato nella tarda serata di ieri il testo del ddl sulle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), o biotestamento, senza il voto dei deputati cattolici che avevano precedentemente abbandonato i lavori della seduta.

La Commissione ha infatti approvato il maxi-emendamento di riformulazione dell'articolo 3, considerato il 'cuore' della legge e relativo alla possibilità per il malato di decidere l'interruzione della nutrizione e idratazione artificiale. I parlamentari cattolici non hanno però partecipato a questo voto ed i loro altri emendamenti sono decaduti. Ora il testo passa alle Commissioni competenti per un ulteriore vaglio prima di arrivare in Aula alla Camera il prossimo 27 febbraio.

"Per effetto del cosiddetto maxi-emendamento 'canguro' presentato dal Pd - ha spiegato Eugenia Roccella (Idea), componente della commissione - sono decaduti

93 emendamenti su 102 da noi presentati all'articolo 3 del ddl, cuore della legge.

A questo punto abbiamo sollevato una questione di costituzionalità presentando un ricorso alla presidenza della Camera e alla giunta del regolamento". Il ddl è composto da 5 articoli. All'articolo 3 si stabilisce appunto che "ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminarsi può, attraverso Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), esprimere (...) il consenso o il rifiuto rispetto a scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, ivi comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali". Il soggetto può altresì indicare un fiduciario che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Si prevede inoltre la vincolatività per il medico delle disposizioni del malato.

Cosa diversa rispetto alle Disposizioni anticipate di trattamento è invece la pratica dell'eutanasia attiva e del suicidio assistito da parte del medico su richiesta del paziente. Attualmente, una proposta di legge di iniziativa popolare per la legalizzazione dell'eutanasia, promossa dall'Associazione Coscioni, è incardinata nelle commissioni congiunte Affari sociali e Giustizia, ma il dibattito è fermo al 3 marzo 2016.

Primo sì al biotestamento, ma è scontro sulla nutrizione artificiale

**L'OPPOSIZIONE
DEI DEPUTATI CATTOLICI
«COSÌ SI APRE
LA STRADA
ALL'EUTANASIA»
IL 27 IL TESTO IN AULA**

LA LEGGE

ROMA Il primo via libera al ddl sulle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), o Biotestamento, è arrivato nella tarda serata di giovedì: la commissione Affari sociali della Camera ha approvato il testo che, in 5 articoli, regola le decisioni sul fine-vita, ma il prezzo è stata la rottura con il fronte trasversale dei deputati cattolici, che hanno abbandonato la commissione prima del voto e presentato un ricorso alla Presidenza della Camera.

LO SCONTRO

A dividere è, su tutto, la prevista possibilità per il soggetto di decidere lo stop per i trattamenti di nutrizione e idratazione artificiali. Una serata di tensione che ha visto i deputati cattolici abbandonare la commissione riunita in seduta notturna per terminare la discussione sugli emendamenti e garantire l'approdo in Aula del testo il 27 febbraio.

L'accusa dell'opposizione è quella di aver impedito il dibattito e di aver fatto decadere 93 emendamenti su 102 presentati per effetto di un maxi emendamento del Pd. Versione contestata dal presidente della commissione Mario Marazziti, che sottolinea come «nessuna forzatura, colpo di mano o emendamento-canguro abbia avuto luogo e siano stati invece garantiti tutti gli spazi di approfondimento».

La rottura, però, appare difficilmente ricomponibile e riguarda proprio i principi "cuore" della legge, a partire dalla possibilità per ogni persona maggiorenne di esprimere attraverso le Dat, e in previsione di una eventuale futura condizione di incapacità «il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche, ivi comprese le pratiche di

nutrizione e idratazione artificiali».

Altro punto che divide è poi la «vincolatività» per il medico, che «è tenuto a rispettare la volontà del paziente di rifiutare il trattamento sanitario», a meno che «non sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione delle Dat capaci di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita». Per i deputati cattolici il ddl, così formulato, apre infatti la strada alla «eutanasia per omissione». L'entusiasmo per i diritti civili, affermano, «non può mettere in discussione il primo dei diritti umani, il diritto alla vita».

«PARTITO DELLA MORTE»

Parla di «partito della morte», in riferimento a Pd e M5S, il deputato della Lega Alessandro Pagano, mentre la presidente dei senatori di Area popolare Ncd-Centristi per l'Europa, Laura Bianconi, assicura che «sarà bloccato questo attacco al diritto alla vita». E «meraviglia - sottolinea Eugenia Roccella (Idea) - che ci siano pochissime voci di dissenso all'interno del Pd su una legge molto aperta a scivolamenti eutanasi, inapplicabile sul piano tecnico e che non garantisce né la libertà del paziente né quella del medico». Critiche arrivano anche dal Movimento cristiano dei lavoratori. Sul fronte opposto il Pd, il cui capogruppo alla Camera, Ettore Rosato, afferma che «questa è una legislatura straordinaria per il lavoro svolto sui diritti». Parla di «passo avanti importante con una normativa non invasiva ed equilibrata» la deputata Pd Delia Murer, così come Pia Locatelli (Psi), mentre la relatrice al ddl, Donata Lenzi, assicura che in Aula «si potranno naturalmente apportare miglioramenti al testo, ma senza stravolgerlo nei contenuti». Plaudefica anche l'Associazione Luca Coscioni e la Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo) dice sì al ddl a patto che si realizzi un «connubio tra legge e deontologia». Il ddl passerà ora alle commissioni Giustizia e Affari costituzionali e approderà in Aula, come previsto e dopo un primo rinvio, il prossimo 27 febbraio.

Luigi Fantoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Procreazione assistita. Nel regolamento pubblicato ieri spazio alla riservatezza su dati personali e di salute, ma se il donatore è «esterno» è censito in un registro

Fecondazione eterologa tracciata

VACCINAZIONI

Atteso per oggi in Gazzetta il Piano nazionale: gratis Anti Pneumococco e Zoster per gli anziani, per i piccoli l'Anti Meningococco B

Lucilla Vazza

■ Il regolamento sul **consenso informato** in materia di **procreazione medicalmente assistita** pubblicato ieri (Dm Giustizia-Salute 265/2016) aggiunge un tassello alla normativa generale (legge 40/2004) e sostituisce le regole di 13 anni fa. Sulla Gazzetta Ufficiale di oggi è invece atteso il **Piano nazionale vaccini**.

Il testo sulla procreazione assistita entra nel dettaglio sulla volontà di chi si sottopone a questi trattamenti e non solo definisce le modalità per esprimere il consenso, ma è un excursus nelle pieghe della Pma dal punto di vista scientifico ed etico.

Il tutto in un intreccio che mette in luce una vicenda complessa. Non solo e non tanto per le conseguenze giuridiche che riguardano i futuri genitori e il nascituro, ma per le implicazioni bioetiche conseguenti all'applicazione delle tecniche. Si tratta, insomma, di un provvedimento che va oltre i tecnicismi su privacy e consenso, e rappresenta delle vere e proprie linee guida sulla materia.

I futuri genitori dovranno avere ben chiari i confini etici, le complessità giuridiche che coinvolgono anche il diritto di famiglia, senza mai dimenticare le implicazioni medico-

scientifiche e dunque, le conseguenze sulla salute che la Pma comporta.

Nel decreto ci sono anche i paletti entro per la crioconservazione dei gameti maschili e femminili. Allegati, i due moduli sul consenso informato. Uno, più articolato, destinato al paziente che richiede i trattamenti; il secondo per ogni centro autorizzato, dove si certificherà l'acquisizione del consenso dell'interessato.

Il rispetto della riservatezza dei dati personali e di salute è ovviamente il principio assoluto, ma si sottolinea una sorta di eccezione per la fecondazione eterologa: ogni centro deve comunicare, con modalità informatiche idonee ad assicurare l'anonimato dei donatori, i dati al Centro nazionale trapianti, per la tenuta del Registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive a scopi di Pma eterologa. Ciò per garantire la tracciabilità delle cellule dal donatore al nato e viceversa. In tutti gli altri casi, «i dati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione».

Riguardo al Piano nazionale vaccini 2017-2019 collegato ai nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza), la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ricorda che i vaccini saranno gratis per tutti e senza pagamento del ticket. Anti Pneumococco e Zoster per gli anziani, Anti Meningococco B, Rotavirus e Varicella per i più piccoli, anti Papillomavirus anche agli adolescenti maschi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Anticorruzione: i dirigenti sanitari non devono comunicare i dati patrimoniali. Soddisfatti i sindacati



I dirigenti sanitari non devono comunicare i dati patrimoniali. Così si è pronunciata l'Autorità Nazionale Anticorruzione, pur auspicando per il futuro l'estensione dell'obbligo ai soli direttori di struttura e al vertice aziendale, da realizzare con una norma di legge, mettendo fine per medici e dirigenti sanitari all'ennesimo adempimento inutile.

Da mesi, infatti, molte Aziende sanitarie stanno inseguendo dirigenti medici e sanitari ancorché privi di responsabilità gestionali richiedendo i loro dati patrimoniali, e quelli dei loro familiari. In alcuni casi addirittura si è manifestata l'intenzione di pubblicare questi dati, tanto che l'Anao Assomed è dovuta intervenire con una diffida.

L'autorità ha proposto la modifica del Dlgs 97/2016 nella parte concernente gli articoli relativi agli obblighi di trasparenza, con particolare riferimento alla dirigenza sanitaria (art.41, comma 3), e al potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (art.47, comma 3).

Rivedere il capitolo degli obblighi

L'Anac ha precisato che l'obbligo non sussiste per la dirigenza sanitaria, nemmeno per i direttori generali in quanto la norma non riguarda la dirigenza sanitaria ma la dirigenza amministrativa, e che, comunque, la dirigenza sanitaria in questione sarebbe stata quella con precisi incarichi gestionali.

«Va, quindi, segnalato che, mentre per i dirigenti amministrativi la disciplina di trasparenza è ora prevista dall'art.14 del decreto trasparenza sussistendo per questi l'obbligo di pubblicare anche le dichiarazioni concernenti la situazione patrimoniale nei termini previsti dalla legge 441/1982, per la dirigenza sanitaria (e cioè per gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché per gli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse), l'art. 15 ha in fatto introdotto (per le due categorie di dirigenti in questione) un differente regime di trasparenza. La norma infatti non prevede per i dirigenti sanitari l'obbligo di fornire i dati riguardanti la situazione patrimoniale». L'Anac conclude auspicando che Governo e Parlamento per il futuro l'estendano l'obbligo ai soli direttori di struttura e al vertice aziendale, da realizzare con una norma di legge.

Del tutto assurda è stata, quindi l'ingiunzione in tal senso, inoltrata da parte di solerti pierini con l'ambizione del primo della classe, a tutti i dirigenti medici e sanitari, ancorché privi di incarichi gestionali. Avviando, così, una marea di richieste improprie che costituiscono, ed hanno costituito, di fatto, spreco di risorse per adempimenti non dovuti.

L'Anaa Assomed si farà premura di inviare la delibera dell'Anac (peraltro assunta lo scorso 14 dicembre 2016 ma depositata presso la Segreteria del Consiglio in data 2 febbraio 2017 e a noi nota in data odierna) a tutte le aziende sanitarie affinché non abbiano a ripetersi per il futuro episodi del genere.

IRISULTATI DI UNO STUDIO DEL CNR

Uno studente su tre ha utilizzato droghe

● **SAN PATRIGNANO (RIMINI).** Il 34% degli studenti ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita, e circa il 27% nel corso dell'ultimo anno. Sono circa 650mila quelli che hanno fatto uso di una sostanza nel 2015. Per il 15% degli studenti si tratta di «policonsumo».

La fotografia emerge dallo studio transnazionale Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), condotto annualmente in Italia dall'Istituto di Fisiologia clinica del Cnr fra gli studenti di 15-19 anni. I dati sono stati divulgati dalla comunità di San Patrignano. Dallo studio sul 2015 emerge che la sostanza maggiormente utilizzata è la cannabis, seguita da cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è quella meno diffusa. Un terzo degli studenti italiani tra i 15 e i 19 anni ha provato cannabis almeno una volta nella vita, quasi il 27% l'ha utilizzata di recente. Mentre circa il 4% ha provato cocaina almeno una volta nella vita e quasi il 3% lo ha fatto nell'anno di rilevazione. Il 18% ha poi dichiarato di aver utilizzato psicofarmaci non prescritti dal medico almeno una volta nella vita e il 10% di averli assunti durante l'anno.

Un dato preoccupante riguarda l'eroina: sono 5mila i quindicenni maschi che ne hanno fatto uso, facendone la droga più popolare dopo la cannabis, e 3.000 di questi giovanissimi l'hanno assunta per iniezione. Un numero che sottolinea quanto sia diminuita negli anni la percezione del rischio rispetto a questa sostanza e l'Aids.

I minorenni presi in carico dai Servizi sociali per la prima volta nel corso del 2015 sono stati 7.752, i minori e i giovani adulti presi in carico dai Servizi minorili per uso/abuso di sostanze stupefacenti sono stati 3.647: si tratta soprattutto di maschi (94%) e di soggetti di nazionalità italiana (85%). E sempre nel 2015 sono stati 1.688 i minori inviati in Comunità terapeutiche dei quali 280 per consumo di sostanze psicoattive.

Un ultimo dato, preoccupante, arriva dal campo: gli operatori dei Not, Nuclei operativi per le tossicodipendenze, confermano che si è abbassata l'età del primo consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e, inoltre, che anche tra le persone segnalate si registra, negli ultimi anni, un maggior numero di «poliassuntori», cioè che assumono stupefacenti in associazione con alcolici.



L'ALLARME Tra gli studenti torna a crescere il consumo di eroina



Dall'obesità alla depressione È un mondo di malati cronici

Patologie permanenti per 4 italiani su 10 Triplicati in soli dieci anni i casi di diabete

Futuro nero

Nel 2020 le cronicità causeranno l'80% dei decessi
Tutta colpa degli stili di vita e dei pochi controlli

di PATRICK FAZIO

È un mondo di malati cronici. Ormai le malattie ci hanno sopraffatto a tal punto che nel 2020 avremo tutti o quasi una vecchia patologia che ci trasciniamo dietro da anni e le cronicità diventeranno l'80% di tutte le malattie. L'inquietante fotografia è emersa dal workshop "Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità. Quattro italiani su dieci soffrono di almeno una malattia permanente. In testa alla classifica

c'è il diabete che è quello che cresce più rapidamente. Soprattutto in Italia dove ormai è diventata una vera e propria emergenza.

COMPLICANZE SERIE

Basti pensare che solo un paziente su tre ha un adeguato controllo e di conseguenza le complicanze cardiovascolari, renali, oculari determinano un altissimo impatto socio-economico per il Sistema sanitario nazionale. Il diabete nel nostro Paese colpisce circa 3,6 milioni di persone e entro il 2035 sfiorerà in Europa il tetto dei 70 milioni di pazienti, contro gli attuali 52 milioni. Ma, nonostante la crescita continua dei numeri, ci sono ancora molti ostacoli per i farmaci innovativi contro questa patologia e il medico di medicina generale non può prescriberli.

CURE PERSONALIZZATE

Ma a livello globale non c'è solo il diabete, ma tante altre malattie croniche che sono responsabili dell'86% di tutti i decessi, con una spesa sanitaria di 700 miliardi di euro. Malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia sono ritenute una vera e propria emergenza sanita-

ria. A questo proposito, continuano a ricordare i ricercatori, concentrandosi su diabete e malattie cardiovascolari, il Piano nazionale delle cronicità messo a punto dal [ministero della Salute](#) per disciplinare le modalità di assistenza dei pazienti affetti da malattie croniche, armonizzando le attività tra i punti cardine del Piano: l'ospedale come snodo di alta specializzazione, l'integrazione tra assistenza primaria e cure specialistiche, il supporto al paziente e il potenziamento

delle cure domiciliari, oltre a piani di cura personalizzati. Questa innovazione segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diventa il centro del sistema di cure, grazie alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici che la inseriscono in un piano di assistenza il più possibile personalizzato.



La tecnica che «corregge» il Dna Sfida a tre per il brevetto del secolo

Si contendono la paternità della scoperta e i diritti di proprietà intellettuale

Il caso

di **Anna Meldolesi**

Alcuni dei cervelli più brillanti in circolazione impegnati a contendersi la paternità di una scoperta che promette di rivoluzionare le scienze della vita. Un brevetto contestato che vale molti milioni di dollari. Tre giudici con il potere di decidere la battaglia biotech del secolo. Sembra un legal drama a sfondo tecnologico uscito dalla penna di un maestro della science fiction come Michael Crichton. Invece è una storia vera i cui sviluppi potrebbero condizionare il progresso scientifico in settori che vanno dalla medicina all'agricoltura.

L'oggetto del contendere è una nuova tecnica di modificazione genetica estremamente versatile, facile da usare e persino economica. Si scrive Crispr, si legge «crisper» e incarna il sogno di qualunque scienziato. Funziona grazie a una proteina programmabile, capace di indirizzarsi in punti precisi del genoma e correggerlo, lettera per lettera. Possiamo immaginarla come un minuscolo correttore di bozze, bravissimo a trovare i refusi nel testo del Dna e porvi rimedio. Chi ha inventato questa meraviglia?

Fino a pochi giorni fa quasi tutti avrebbero risposto indicando le autrici di uno studio

eseguito sui batteri e pubblicato sulla rivista *Science* nel 2012: l'americana Jennifer Doudna e la francese Emmanuelle Charpentier. Ma l'Ufficio brevetti americano ha dato una risposta diversa, designando l'autore di una pubblicazione successiva incentrata sulle cellule degli organismi superiori: Feng Zhang.

Le due ricercatrici hanno già fatto man bassa di premi e di gloria: dopo il Breakthrough Prize (3 milioni di dollari a testa), hanno vinto il Gruber Genetics Prize (500.000 dollari) e il Japan Prize (450.000 dollari). Ma il giovane talento cinese naturalizzato americano si è aggiudicato il primo e il secondo round nella partita per i diritti di proprietà intellettuale.

Così ha deciso la corte di Alexandria, in Virginia, chiamata a sbrogliare la matassa per conto del Patent office a stelle e strisce. A fronteggiarsi non ci sono solo i tre scienziati in carne e ossa ma anche le loro blasonate istituzioni. In particolare l'Università di Berkeley, dove insegna Doudna, e il centro legato ad Harvard e al Mit dove lavora Zhang (Broad Institute). A dire il vero ci sarebbe anche un quarto giocatore che per il momento resta a guardare a bordo campo sperando nella sua parte di Nobel, nel caso in cui Stoccolma decidesse di rendere omaggio a Crispr. Si tratta del genetista George Church, autore di uno studio pubblicato contemporaneamente a quello dello scienziato cinese. Ma

come si è generato questo pasticcio?

Per incoraggiare i ricercatori a rendere pubbliche le proprie scoperte il prima possibile, e scoraggiare la pratica del segreto industriale, non si usa ricompensare chi arriva per primo all'eureka ma il primo che presenta la domanda di brevetto. Doudna e Charpentier hanno inventato e anche presentato gli incartamenti per prime, ma non hanno avviato la pratica con l'iter accelerato. Il rivale invece lo ha fatto, scavalcandole, e ha ottenuto il primo brevetto chiave e un'altra dozzina a seguire.

Gli avvocati di Berkeley hanno contestato la decisione confidando nell'annullamento del brevetto, ma la notizia di questi giorni è che hanno perso. Secondo i giudici i diritti di proprietà intellettuale riconosciuti a Zhang sono validi e lo resteranno, anche se la squadra di Berkeley in futuro potrebbe vedersi riconoscere almeno una fetta della torta.

Lo scienziato di origine cinese, insomma, ha piazzato una pesante ipoteca sullo sfruttamento commerciale delle terapie e dei prodotti che verranno creati usando Crispr negli organismi superiori e, dunque, nelle cellule umane. La borsa ha preso nota, decretando un rialzo delle azioni della società biotech legata a Zhang (Editas Medicine). Resta da vedere se Doudna e Charpentier ricorreranno in appello, e se l'Ufficio brevetti europeo adotterà criteri diversi da quello americano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

