



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





I farmaci e la dipendenza

di **Milena Gabanelli**
e **Andrea Marinelli**

I farmaci a base di oppioidi possono dare dipendenza. Il caso americano e le vittime accertate. alle pagine **20 e 21**

Dipendenza da oppioidi

Negli Stati Uniti vengono prescritti anche per lievi infortuni: assieme all'eroina provocano una vittima ogni 12 minuti. Ma è allarme anche in Europa dove si diffonde il mercato illegale

Il sistema sanitario

Negli Usa è l'assenza di copertura universale a favorire l'uso di farmaci invece della riabilitazione

Il passaggio all'illegalità

Oggi una dose di eroina si può acquistare con 10 dollari, contro gli 80 di una pillola di OxyContin

Da Ledger a O'Riordan

La dipendenza da oppioidi è stata la causa di molti decessi celebri, come quelli di Prince, Heath Ledger, Tom Petty e Dolores O'Riordan

di **Milena Gabanelli**
e **Andrea Marinelli**

Nessuno penserebbe mai di andare dal medico per una tendinite al polso, o un mal di schiena, e di ritrovarsi tossicodipendente. È andata così per Prince, Anna Nicole Smith, Heath Ledger, Dolores O'Riordan, Tom Petty e centinaia di migliaia di americani che alla fine ci hanno lasciato la pelle. Negli Stati Uniti, dall'inizio degli anni Duemila i medici hanno iniziato a prescrivere oppioidi per lenire infortuni, dolori cronici o post operatori. Sono l'idrocodone (Vicodin), l'oxycodone (OxyContin, Percocet, Percodan, Tylox) e il potentissimo Fentanyl, e provocano una forte dipendenza; però quando la ricetta scade si passa al mercato nero, dove l'eroina è facile da trovare e costa meno.

Le stime allarmanti sulle overdose

Secondo il dipartimento alla Salute americano, tre quarti dei tossicodipendenti ha iniziato così. Nel 2016 si stima che 11,5 milioni di americani dai 12 anni in su abbiano fatto

un uso improprio di questi farmaci, mentre nello stesso anno i casi di morte per overdose dovuti a eroina o oppioidi sono stati 42.249 (contro i 33.091 dell'anno precedente): uno ogni dodici minuti.

Lo spaccio a Milano fuori dalle scuole

Il trend, intanto, ha varcato i confini degli Stati Uniti ed è arrivato in Canada e in Europa, dove l'80% delle morti per overdose (8.441 nel 2015) è dovuto proprio a questi farmaci. Anche in Italia si è diffusa l'abitudine di acquistare farmaci a base di oppioidi, come ha raccontato un'inchiesta di Elisabetta Andreis e Gianni Santucci sul *Corriere*. Si possono ordinare online o reperire nel mercato dello spaccio. «Una tendenza impressionante — l'ha definita Luigi Cervo, farmacologo del Mario Negri — che finora è stata sottovalutata». Nell'ultimo anno i carabinieri di San Donato hanno arrestato due iracheni che vendevano OxyContin fuori dalle scuole dell'hinterland milanese, poi è stato il turno di due egiziani. In Toscana un ragazzo, finito in overdose, teneva cerotti di Fentanyl sotto la lingua.

Le ricette e i viaggi regalo

Negli Stati Uniti gli effetti più devastanti si hanno nelle aree rurali degli Appalachi, del New England e del Midwest. A favorire quella che è stata definita un'epidemia — oltre 200 mila morti di overdose dal 1999 a oggi, con un aumento del 533% — è la struttura del sistema sanitario che, non prevedendo copertura universale, favorisce la prescrizione di medicinali piuttosto che quella delle terapie riabilitative. Senza contare che le compagnie farmaceutiche incentivano i medici a prescrivere farmaci anche con viaggi premio o conferenze a pagamento. Nel 1996, inoltre, l'American Pain Society introdusse il concetto che il dolore dovesse essere trattato come parametro vitale, ci spiega Ke-

vin Doyle, professore della Longwood University e chiamato dal Congresso a spiegare la crisi, «e all'inizio del 2000 gli ospedali venivano valutati anche sulla gestione del dolore, e questo contribuì a far aumentare le prescrizioni». Quello stesso anno, Purdue Pharma introdusse l'OxyContin e cominciò una imponente campagna di marketing.

Il boom anomalo in West Virginia

Nel 2016, nella sola Kermit, cittadina di 400 abitanti in West Virginia, sono piovute 9 milioni di pillole di hydrocodone nell'arco di due anni: 22.500 per ogni abitante. Nel resto d'America, fra il 2006 il 2014, sono state prescritte 7,8 miliardi di pillole di Vicodin, all'incirca 24 per ogni cittadino americano, e 4,9 miliardi di Percocet, 15 a testa. A conti fatti negli Stati Uniti si consuma l'80% delle pillole antidolorifiche del mondo.

Nel 2016 sono finiti sotto processo 479 medici. A dicembre il dottor Raymond Kravak, un medico della Pennsylvania che nell'arco di 19 mesi aveva prescritto quasi 3 milioni di dosi di oppioidi, è stato accusato di aver causato

la morte per overdose di 5 persone. La prima sentenza è arrivata nel 2015: la dottoressa californiana Hsiu-Ying «Lisa» Tsceng è stata condannata a 30 anni di carcere per la morte di tre ventenni nel 2009.

Perché si passa alle dosi di eroina

Su richiesta del Center for Disease Control and Prevention, nel 2017 i medici hanno cominciato a diminuire le prescrizioni, eppure solo nel 2015 il governo americano ha speso 504 miliardi di dollari per gestire l'epidemia degli oppioidi. Secondo il professor Doyle: quando le pillole hanno cominciato a scarseggiare e i prezzi ad aumentare, i cartelli della droga messicani hanno inondando l'America rurale di eroina e Fentanyl: oggi una dose si compra a 10 dollari, contro gli 80 per la pillola di OxyContin.

Per contrastare la piaga il presidente Trump ha nominato Kellyanne Conway, una «zarina» senza esperienza in materia, e incaricato il 24enne Taylor Weyneth, dall'oscuro curriculum, di coordinare le politiche delle agenzie federali e statali. L'ultima iniziativa è arrivata nei giorni scorsi: il dottor Jerome Allen, capo

del servizio sanitario nazionale americani, ha chiesto a chi fa uso di oppioidi di portarsi sempre appresso una dose di Narcan, il farmaco anti-overdose.

I quindici Stati contro Big Pharma

Una decisione più netta è stata invece presa da 15 Stati e 300 amministrazioni locali: hanno fatto causa ai produttori e ai distributori di oppioidi, con l'accusa di aver fornito informazioni errate sulla sicurezza dei medicinali. A gennaio la città di New York ha portato in tribunale Purdue Pharma, Johnson & Johnson, Endo International, McKesson, Cardinal Health e Amersource Bergen. Tutte negano le accuse, anche Purdue Pharma, che nel 2007, si era già dichiarata colpevole di aver ingannato le autorità di controllo, i medici e i pazienti sui rischi del farmaco, pagteggiando una multa da 600 milioni di dollari. «L'industria farmaceutica ha avuto un ruolo in questa storia, ma non è la sola responsabile — dichiara Doyle —. L'aumento delle prescrizioni ha creato una domanda, e il mercato ha risposto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'inchiesta

● «Dataroom» è la striscia curata da Milena Gabanelli per il Corriere

● Le uscite sono quattro alla settimana sul sito Internet e sulle pagine social del Corriere della Sera

● Ogni puntata ospita un video della durata di circa 3 minuti a cui si aggiunge un approfondimento corredato da grafici e rimando alle fonti

● «Dataroom» si avvale della collaborazione di tutti i giornalisti del «Corriere della Sera» che di volta in volta affiancheranno Milena Gabanelli in relazione alle loro specifiche competenze

DATAROOM

di Milena Gabanelli



11,5
milioni

Gli americani che hanno fatto un uso improprio di antidolorifici oppioidi (2016)

Prescrizioni mediche di antidolorifici oppioidi

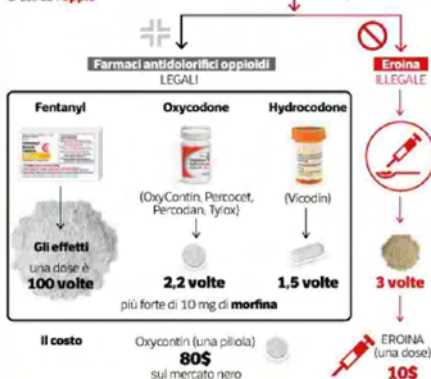
2012 **292** milioni
1992 **112** milioni

Il numero di decessi per overdose da eroina o oppioidi (2016)



Il confronto

Morfina, oppioidi, eroina si ottengono tutte dal frutto del papavero (*Papaver somniferum*) dal quale si estrae l'**oppio**



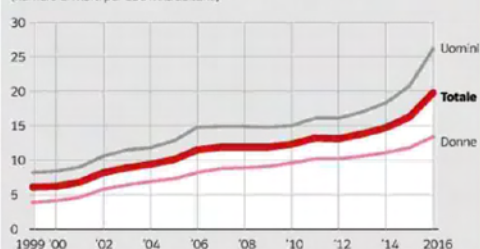
1 milione di persone circa è uscito dalla forza lavoro nel 2015 a causa della dipendenza da oppioidi

-0,2% diminuzione della crescita dell'economia

-702,1 miliardi di \$ perdita economica fra il 1999 e il 2015

Fonte: American Action Forum

Tasso di mortalità per overdose negli Usa, 1990-2016
(numero di morti per 100 mila abitanti)



Fonte: CDC

C.05



Alla sola Campania le prestazioni mediche fuori regione
costano oltre 280 milioni di euro

Non bastano ospedali specializzati: puntare sulle professionalità

LA MOBILITÀ SANITARIA CHE «PESA» SUL SUD



I servizi Spesso al Sud le Tac sono guaste o obsolete

di **Massimiliano Boggetti**

Sono tutte del Sud le regioni che mostrano, secondo l'Istituto Demoskopika, la maggior inefficienza sanitaria. Inefficienza che si traduce in mobilità sanitaria verso le regioni del Nord, più attrezzate, più organizzate e con livelli di assistenza migliori. Dal punto di vista economico, la mobilità passiva costa alla sola Campania oltre 280 milioni di euro con il 6,5% della popolazione che sceglie di curarsi fuori regione. In generale, i 13 milioni di italiani che nel 2017 hanno rinunciato a curarsi per motivi economici, per le liste di attesa o perché non si fidano del sistema sanitario della loro regione testimoniano un disagio economico e sociale che non può lasciarci indifferenti e che rischia di spaccare l'Italia con un Sud in cui ci si cura meno e meno bene.

Gli oltre 320 mila viaggi per andare a curarsi al Nord dimostrano che non si può restare a guardare mentre molte regioni del centro-sud restano in deficit e i loro cittadini continuano a pagare tasse per dei servizi che troveranno efficienti per lo più fuori dalla propria regione. È ora di tornare a investire nei servizi sanitari sul territorio, che consentano a tutte le regioni di beneficiare in modo omogeneo delle tecnologie più all'avanguardia e di una classe medica adeguatamente formata e professionalmente aggiornata. Un rinnovamento del parco apparecchiature di diagnostica (oggi più della metà in uso è troppo vecchia)

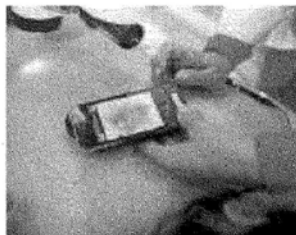
esposizioni alle radiazioni, maggiore velocità di esecuzione dell'esame, ma anche risparmi per il servizio sanitario regionale. Gli svantaggi di apparecchiature obsolete quali risonanze magnetiche, Pet o Tac oltre a creare un disservizio al paziente, impattano negativamente sulla sostenibilità del Servizio sanitario, che si trova ad affrontare costi di manutenzione maggiori con eventuali ritardi e sospensioni nell'utilizzo dei macchinari, generando tempi di attesa più lunghi e carichi di utilizzo mal gestiti. Le nuove tecnologie aiutano a snellire i processi di gestione del paziente, ma dobbiamo essere consapevoli che le strutture sanitarie hanno bisogno di una riorganizzazione gestionale che preveda strutture agili, che lavorano per processi e si pongano l'obiettivo di eliminare gli sprechi, ricercando continuamente aree di miglioramento in un'ottica di Lean management.

Se le regioni del Sud che sono rimaste più indietro non si

pongono l'obiettivo di agganciare la corsa verso un adeguamento tecnologico, garantendo lo sviluppo della medicina preventiva - che consente di diagnosticare le malattie per tempo anziché curarle una volta contratte - continueremo ad avere tanti, troppi pazienti, che preferiranno andare a curarsi in altri centri specializzati. Recente è il caso del dottor Marfella che ha generato un forte dibattito proprio sulle pagine di questo giornale. Per uscire da questa situazione si devono mettere le professionalità medico-sanitarie in condizione di lavorare con le tecnologie più innovative e di puntare sulle loro capacità per consentire loro di restare sul territorio in modo adeguato. Perché non basteranno solo ospedali organizzati e tecnologie all'avanguardia se non avremo una classe medica in grado di utilizzare tutto questo al servizio della salute delle persone. La vera sfida è invece quella di utilizzare le risorse in modo diverso, investendole sul territorio e ponendo le basi per creare delle eccellenze, anziché pagare a fine anno il conto della mobilità sanitaria e dell'insoddisfazione dei cittadini.

Presidente di Assobiomedica

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il corso

Dermatologia tropicale medici a confronto

Diverso tipo di pelle, differenti patologie e quindi risposte e trattamenti. Con una società ormai multietnica, anche la Medicina deve "aggiornarsi", studiando le caratteristiche anatomiche e funzionali delle diverse etnie che ormai sono integrate in Italia: gli ultimi dati parlano di oltre 5 milioni di stranieri residenti di provenienza eterogenea, che costituiscono circa l'8% della popolazione nazionale. I differenti tipi di pelle, tecnicamente fenotipi cutanei, differiscono anche per la reattività agli stimoli irritativi, infiammatori e meccanici e ciò rende meno immediata l'interpretazione dei quadri clinici e, di conseguenza, nella diagnosi. Da qui, la necessità per i dermatologi italiani di comprendere anche le caratteristiche delle altre etnie. Il cambiamento è stato recepito da Adeca, l'Associazione Dermatologi Campani, che ha tenuto ieri, al Best Western Hotel Paradiso a Napoli, il Corso di Dermatologia tropicale e delle multietnie. Hanno preso parte Antonino Trischitta, presidente Adeca, Mario Delfino, direttore della Clinica Dermatologica della Federico II, Francesca Gaudiello, coordinatrice del Gruppo di lavoro Adeca per gli studi sulle popolazioni mobili e Patrizia Forgiione, specialista in dermatologia dell'immigrazione. Il cardinale Crescenzo Sepe si è complimentato per l'iniziativa, ricordando le collaborazioni di Adeca con la Caritas Diocesana di Napoli.

16/4/2018

Tumori, In Campania 500 nuovi casi annui di carcinoma ovarico

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Tumori, In Campania 500 nuovi casi annui di carcinoma ovarico

panoramasanita.it/2018/04/16/tumori-in-campania-500-nuovi-casi-annui-di-carcinoma-ovarico/



0
0
0
0
0

«Ogni anno in Italia sono diagnosticati 5000 nuovi casi di tumore dell'ovaio, di cui 500 solo in Campania. A 5 anni dalla scoperta della patologia, la sopravvivenza oscilla tra il 40-50%. I numeri sono preoccupanti perché, per 8 donne su 10, la diagnosi è tardiva, con una ricomparsa della malattia entro i primi due anni dalla fine delle cure in circa l'80% delle pazienti. La tempestività nel carcinoma ovarico fa la differenza». Sono i dati diffusi da Luigi Cobellis, direttore dell'Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia dell'Aorn 'Sant'Anna e San Sebastiano' di Caserta, durante i lavori del convegno 'Il carcinoma dell'ovaio', terminato ieri sera nella città della Reggia a cui sono intervenuti, tra gli altri, Fulvio Zullo e Giuseppe Bifulco della Federico II, Stefano Greggi e Matilde Pensabene del Pascale, Gianni Ianniello e Giacinto Turitto dell'Oncologia medica dell'Aorn di Caserta. Le conclusioni sono state di Erminia Bottiglieri, presidente Omceo Caserta, in una tavola rotonda arricchita dagli interventi di Antonello Puerto, numerosi medici di medicina generale e dalla rappresentante della neonata associazione pazienti. «La diagnosi precoce è fondamentale, per questo abbiamo coinvolto i medici di medicina generale il cui ruolo è decisivo nella sensibilizzazione delle pazienti nel sottoporsi a controlli periodici. Quando insorge il carcinoma, i trattamenti vanno effettuati in centri di riferimento dove operano team multidisciplinari di specialisti, come accade a Caserta – ha aggiunto – Il tumore dell'ovaio è un killer subdolo che si manifesta solo in fase avanzata attraverso perdita di appetito e problemi digestivi, gonfiore o dolore addominale, stitichezza, diarrea e dolore nella regione lombare. Anche per questo motivo, i casi di sopravvivenza registrati dopo 5 anni sono ancora relativamente bassi: oggi il 39% delle donne riesce a sconfiggerlo contro l'87% registrato nel tumore della mammella». Per Giovanni Scambia, presidente Sigo (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) nonché direttore della Ginecologia e Ginecologia oncologica del Gemelli, «Oggi riusciamo a fare le stesse cose di prima in maniera meno invasiva. Il futuro è la personalizzazione dei trattamenti da un punto di vista oncologico, chirurgico e medico». «Ogni provincia deve avere una sua organizzazione nell'ambito della ginecologia oncologica, bisogna ottimizzare i percorsi in modo tale che nei centri cosiddetti di terzo livello possano confluire i casi diagnosticati in periferia», ha detto Nicola Colacurci, direttore dipartimento della donna e del bambino dell'Università Vanvitelli di Caserta. «Il cancro ovarico è una battaglia che si può vincere con l'impegno di più specialisti – ha

16/4/2018

Tumori, In Campania 500 nuovi casi annui di carcinoma ovarico

alle strutture dedicate a questa patologia e facendo informazione affinché la paziente sappia cosa deve e può fare, evitando il fenomeno dell'emigrazione verso altre regioni. In Campania possiamo offrire tutte le cure».

16/4/2018

UK. Il 61% degli inglesi pronto a pagare più tasse per salvare il Servizio sanitario nazionale

quotidianos**sanità**.it

15 APRILE 2018

UK. Il 61% degli inglesi pronto a pagare più tasse per salvare il Servizio sanitario nazionale

È quanto emerso dal sondaggio del centro di ricerca British Social Attitudes. Quasi il 90% dei britannici pensa comunque che c'è una crisi di finanziamento del sistema che non riesce a far fronte alla domanda di salute sempre più elevata. I cittadini inglesi hanno compreso da tempo che domanda sanitaria e offerta sanitaria o trovano un punto di equilibrio o il sistema implode e perciò se bisogna implementare la fonte di finanziamento

È notizia di questi giorni, 12 aprile, su tutti i maggiori quotidiani inglesi che i cittadini, più di uno su due, sono pronti a pagare più tasse per rafforzare il servizio sanitario nazionale. Un ampio sondaggio effettuato durante la crisi invernale che ha colpito il servizio sanitario da novembre ha registrato il più grande cambiamento di opinione pubblica sulla questione.

Il sondaggio, condotto dall'autorevole centro di ricerca British Social Attitudes, ha registrato un balzo dal 41% di supporto per le tasse più elevate nel 2014 al 61% alla fine dello scorso anno. Una proporzione ancora più alta, quasi nove su 10 persone, pensano che c'è una crisi di finanziamento del sistema che non riesce a far fronte alla domanda di salute sempre più elevata.

Il sondaggio ha anche riscontrato un aumento di opinioni in merito alla qualità dell'assistenza NHS, con quasi il triplo di quanti dicono che l'assistenza sanitaria è in declino, e la maggior parte si aspetta che peggiori ancora. Solo un quinto pensava che lo standard di cura sarebbe migliorato. **Theresa May** ha promesso maggiori finanziamenti per il servizio sanitario, ma non prima di una revisione delle spese per i pubblici servizi che il suo governo farà in autunno.

Secondo le stime attuali, il Ssn in Inghilterra sarà deficitario di £ 900 milioni entro la fine di quest'anno e **Jeremy Hunt**, ministro dell'assistenza sanitaria e sociale, chiede al suo governo un accordo pluriennale, 10 anni, per un significativo aumento della spesa. La preoccupazione per il NHS è in linea con quella per gli effetti della Brexit come una delle maggiori preoccupazioni per i cittadini inglesi. maggiori preoccupazioni.

C'è un consenso diffuso sul fatto che si debba trovare più denaro, e c'è stato un crescente dibattito sul modo migliore di farlo, con opinioni divise tra l'aumento dell'imposta sul reddito, l'aumento delle tasse per le assicurazioni nazionali (come aveva fatto Gordon Brown per portare la spesa del NHS alla media europea nel 2002) o introducendo una tassa di scopo per il NHS.

Il sondaggio presenta gli ultimi dati sulle attese nel NHS in caso di incidente o di emergenza ed ha mostrato un altro calo nei numeri dei casi trattati entro il tempo obiettivo di quattro ore, con il numero di pazienti in attesa più di un anno per il trattamento di interventi di routine e l'obiettivo delle 18 settimane per il trattamento programmato non raggiunto per il secondo anno consecutivo.

Una inedita alleanza interpartitica di alti parlamentari, tra cui il presidente del comitato per la salute, la dottoressa **Sarah Wollaston**, dei tory, ha chiesto che i fondi del NHS siano completamente esclusi dalla politica di rigore portata avanti fin qui dal suo partito. In una mossa insolita, l'appello, lanciato alla fine di marzo, è stato sostenuto da Sir Nick Macpherson, l'ex segretario permanente presso il Tesoro, che sostiene un'ipotetica tassazione del NHS.

16/4/2018

UK. Il 61% degli inglesi pronto a pagare più tasse per salvare il Servizio sanitario nazionale

Il 2 ° aumento delle assicurazioni nazionali che Brown impose nel 2002 per sostenere la spesa è stato presto superato dalla crescita della domanda e dai miglioramenti tecnologici.

Il sondaggio, sponsorizzato dal thinktank salute del Fondo del Re, come parte del suo monitoraggio dell'atteggiamento pubblico nei confronti del Servizio sanitario nazionale, ha anche rilevato che oltre la metà degli elettori conservatori che hanno preso parte hanno sostenuto un aumento delle tasse per pagare il servizio sanitario, il 33% tra gli elettori del partito conservatore ed il 68% tra gli elettori del partito laburista si è attestato al 68% nel 2017.

Una cosa è certa Il NHS non si tocca e i cittadini inglesi hanno capito da tempo che lo stato sono loro e sono disposti pur di non perdere i loro diritti ad un aumento della tassazione pur di veder rispettato il loro diritto alla salute. Certo non ci troviamo in un contesto dove avvengono scandali eticamente e moralmente inaccettabili in sanità come quelli a cui assistiamo purtroppo da molto tempo nel nostro paese e dove l'evasione fiscale da noi vale il 30% del PIL e in GB il 12%.

I cittadini inglesi hanno compreso da tempo che domanda sanitaria e offerta sanitaria o trovano un punto di equilibrio o il sistema implode e perciò se bisogna implementare la fonte di finanziamento del NHS non è uno scandalo si apre un dibattito pubblico e si trova una soluzione che travalica gli schieramenti perché la salute è bene comune e come tale va tutelata.

Grazia Labate

Ricercatore in economia sanitaria già sottosegretaria alla sanità

16/4/2018

Niente più consenso per il trattamento di dati in ambito sanitario? La bozza del decreto di adeguamento privacy

quotidianos**sanità**.it

15 APRILE 2018

Niente più consenso per il trattamento di dati in ambito sanitario? La bozza del decreto di adeguamento privacy

L'ipotesi è contemplata dalla bozza di [decreto legislativo approvato in via preliminare dal Governo](#) nelle scorse settimane. Il nuovo quadro normativo chiama ad un respiro molto diverso, che si articola intorno a nuovi cardini: il principi della "proprietà" e del controllo dei dati in capo all'interessato, il principio dell'accountability in capo ai titolari ed ai responsabili ed in generale il principio di protezione dei dati nell'interno dell'intero sistema. Ben venga una scelta che obbliga a pensare diverso: perchè questa è la vera nuova sfida

In linea con le previsioni del reg. UE 2016/679 il legislatore nazionale sembra orientato nel senso di cancellare l'obbligo di consenso scritto al trattamento dei dati per soggetti che trattano dati sanitari ai fini di diagnosi e cura. Così emerge dalla bozza del decreto legislativo per l'adeguamento del nostro ordinamento al Reg. UE 2016/679-GDPR [approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2018](#).

Pur dando atto che il decreto non è ancora definitivo (e si parla di possibili prossime modifiche da parte dello stesso Governo Gentiloni) – in quanto deve passare dalle Commissioni parlamentari (quando costituite) o in attesa della loro costituzione dalle Commissioni speciali istituite proprio per esaminare leggi in scadenza e provvedimenti del Governo in attesa del nuovo Esecutivo. Poi ci dovrà essere anche il parere del Garante Privacy, ma in ogni caso non si può non evidenziare che il decreto abbraccia in maniera molto aderente la nuova filosofia del GDPR. Il primo elemento che preme evidenziare è la scelta di fondo di prevedere l'abrogazione in toto del dlgs 196/2006 c.d. Codice Privacy (art. 102 della bozza del decreto).

Vale a dire che dopo l'approvazione del suddetto decreto la materia sarà regolata solo da due provvedimenti: il GDPR ed il decreto stesso: quindi come il Reg. UE 2016/679 in data 25 maggio 2018 abrogherà la dir 95/46/CEE, identicamente il nuovo decreto abrogherà (se la scelta verrà confermata) il D.Lgs. 196/2006 (Codice Privacy): ciò porterà una maggior chiarezza e facilità nell'implementazione di una disciplina il cui impatto anche culturale non può che definirsi rivoluzionario. In questa direzione anche le scelte per il trattamento dei dati relativi alla salute.

Una breve ricostruzione per capire meglio

L'art. 9 del GDPR - relativo al trattamento dei dati particolari (tra cui i genetici i biometrici e quelli relativi alla salute) - prevede infatti che non sia necessario il consenso "per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità": la norma lascia però agli Stati membri la possibilità di "mantenere o introdurre ulteriori condizioni, comprese limitazioni, con riguardo al trattamento di dati genetici, dati biometrici o dati relativi alla salute" (comma 4).

Quindi in linea di principio il legislatore nazionale avrebbe ben potuto mantenere in vita il consenso "scritto" per i c.d. dati sensibili, come previsto oggi del Codice Privacy.

La scelta invece è stata più in linea con il Regolamento UE.

16/4/2018

Niente più consenso per il trattamento di dati in ambito sanitario? La bozza del decreto di adeguamento privacy consultazione pubblica.

Nell'adozione di tale provvedimento il Garante dovrà poi tenere in particolare considerazione, oltre alle linee guida, raccomandazioni e migliori prassi pubblicate dal Comitato europeo per la protezione dei dati, anche l'evoluzione tecnologica e scientifica del settore a cui tali misure sono rivolte, nonché l'interesse alla libera circolazione dei dati nel territorio europeo. Le misure di garanzia dovranno essere adottate tenendo in considerazione le specifiche finalità di trattamento (ad es diagnosi e cura) e contenere prescrizioni di natura tecnica ed organizzativa, nonché dettare misure di sicurezza.

Per quanto riguarda poi il trattamento dei dati genetici, viene invece prevista la possibilità per il Garante di individuare il consenso come ulteriore misura di protezione dei diritti dell'interessato.

Chi scrive concorda con le scelte che emergono dalla bozza di decreto.

Il consenso per il trattamento dei dati per la finalità di diagnosi e cura non appare un corretto fondamento per la liceità del trattamento in ragione del fatto che non può essere "libero": il nostro ordinamento prevede la libertà di scelta del luogo di cura (art. 32 Cost e Dlgs 502/92) e prevede la libertà di sottoporsi o meno alle cure attraverso l'obbligo di consenso per il trattamento di cura (art. 1 legge 2019/2017): ma una volta deciso di sottoporsi alle cure si può mai pensare che vi sia "libertà" di negare il consenso al trattamento dei dati?

Tutt'al più vi sarà – e vi dovrà essere – la possibilità di revocare o limitare il trattamento.

Tale impostazione del decreto peraltro, oltre ad essere in linea con il GDPR, scardina un modo di pensare non corretto: è percezione comune infatti che ottenuto il consenso tutto sia in regola, appiattendolo il tema protezione dati sul binomio informativa/consenso.

Non è così e non può più essere così.

Il nuovo quadro normativo chiama ad un respiro molto diverso, che si articola intorno a nuovi cardini: il principio della "proprietà" e del controllo dei dati in capo all'interessato (considerando 7 del GDPR e art. 12-22 sui diritti dell'interessato), il principio dell'accountability in capo ai titolari ed ai responsabili (art. 5 - 24 GDPR) ed in generale il principio di protezione dei dati nell'interno dell'intero sistema (art. 32 sulla sicurezza e 33 sul data breach GDPR).

Quindi ben venga una scelta che obbliga a pensare diverso: perchè questa è la vera nuova sfida

Avv. Silvia Stefanelli

16/4/2018

Cassazione. Se manca il consenso per un intervento non indispensabile il medico è condannato e si conferma anche la responsabilità...

quotidianosanita.it

Sabato 14 APRILE 2018

Cassazione. Se manca il consenso per un intervento non indispensabile il medico è condannato e si conferma anche la responsabilità della struttura

Secondo la Cassazione (sentenza 9180/2018), la struttura sanitaria e i medici sono tenuti a rispondere del decesso di un paziente quando si effettua un intervento chirurgico senza che sia strettamente necessario e in assenza di consenso informato e i sanitari non avevano nemmeno preso in considerazione le indicazioni fornite loro dai parenti del deceduto circa le conseguenze dall'assunzione di certi farmaci.

LA SENTENZA.

Un giovane minorenne con una forte colica addominale di natura "da determinarsi". I medici in ospedale il giorno dopo lo operano di appendicite, poi, nel post operatorio, gli somministrano un antiemetico e il ragazzo muore lo stesso giorno per intossicazione farmacologica.

I genitori si appellano al fatto che il bambino fosse stato sottoposto a un intervento non necessario e senza che fossero stati informati per il consenso alla terapia chirurgica e all'anestesia: appena arrivati in ospedale avevano avvisato della sua allergia al latte e ad alcuni antibiotici e la somministrazione del farmaco dopo l'intervento aveva provocato reazioni di tipo extrapiramidale e irrigidimento degli arti superiori. Ma i medici e il personale dell'ospedale non hanno riconosciuto la patologia sopravvenuta, hanno ritardato le terapie nonostante i solleciti della madre e il bambino era deceduto a circa cinque ore dalla somministrazione.

Secondo il Tribunale di primo grado l'intervento, anche se non urgente e indifferibile, era comunque necessario, "potendo il bambino tollerare solo un altro giorno di attesa ed essendo probabile che anche il giorno dopo il bambino avrebbe presentato, nella fase post-operatoria, gli stessi sintomi di vomito, ai quali si sarebbe posto rimedio con la somministrazione del farmaco, sicché l'evento si sarebbe comunque verificato. L'intervento, comunque, avrebbe costituito mera occasione dell'evento dannoso.

Il fatto che il bambino soffrisse di allergie non costituiva motivo tale da imporre particolare cautela nella somministrazione di un farmaco di cui non era conosciuta la tolleranza, che era indicato per il caso di specie, per cui non vi erano controindicazioni, e che era stato somministrato in dosaggio anche un po' più basso rispetto al peso del bambino. Di conseguenza, il decesso doveva ritenersi conseguenza imprevedibile, rara e anomala, tale da rientrare nel caso fortuito".

Secondo la Corte d'Appello invece, in base alla documentazione medica e alle consulenze dei periti non sarebbe stato possibile ritenere che l'intervento fosse necessario ed urgente.

Di conseguenza, sarebbe stato imprescindibile il consenso alla terapia chirurgica da parte dei genitori. Emergerebbe quindi una condotta non corretta del personale sanitario già nella fase precedente alla somministrazione del farmaco.

Quanto alla condotta dei sanitari successiva all'intervento, la Corte osserva che "la distinzione scientifica tra allergia e intossicazione farmacologica non sarebbe sufficiente a escludere l'efficienza della segnalazione della madre del bambino, la quale invece avrebbe determinato la necessità di una diligenza speciale rispetto a ogni iniziativa terapeutica praticabile sul bambino, attraverso una rigorosa lettura delle indicazioni, controindicazioni, avvertenze ed effetti indesiderati o collaterali, per poi monitorarne attentamente le reazioni in seguito alla

Secondo la Cassazione (sentenza 9180/2018), la struttura sanitaria è tenuta a rispondere del decesso di un paziente quando effettui un intervento chirurgico senza che sia strettamente necessario e in assenza di consenso informato e i sanitari non avevano nemmeno preso in considerazione le indicazioni fornite loro delle conseguenze dall'assunzione di certi farmaci.

“Ciò è a dirsi – si legge nella sentenza - nell'ottica della **legittima pretesa, per il paziente, di conoscere con la necessaria e ragionevole precisione le stesse conseguenze dell'intervento medico, onde prepararsi ad affrontarle con maggiore e migliore consapevolezza**, atteso il principio personalistico che anima la nostra Costituzione, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé e ne sancisce il rispetto in qualsiasi momento della sua vita e nell'integralità della sua essenza, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive (Cass. n. 21748/2007; Cass. 23676/2008, in tema di trasfusioni salvavita eseguite al testimone di Geova)”.

Ad una corretta e compiuta informazione consegue, prosegue la sentenza:

- “- la facoltà, per il paziente, di scegliere tra le diverse opzioni di trattamento medico;
- la possibilità di acquisire, se del caso, ulteriori pareri di altri sanitari;
- la facoltà di scelta di rivolgersi ad altro sanitario e ad altra struttura, che offrano maggiori e migliori garanzie (in termini percentuali) del risultato sperato, eventualmente anche in relazione alle conseguenze post-operatorie;
- la facoltà di rifiutare l'intervento o la terapia - e di decidere consapevolmente di interromperla”.

Quindi, conclude la sentenza, “se il paziente avesse comunque e consapevolmente acconsentito all'intervento, dichiarandosi disposto a subirlo qual che ne fossero gli esiti e le conseguenze, anche all'esito di una incompleta informazione nei termini poc'anzi indicati sarebbe palese l'insussistenza di nesso di causalità materiale tra la condotta del medico e il danno lamentato, perché quella incolpevole lesione egli avrebbe, in ogni caso, consapevolmente subito, all'esito di un intervento eseguito secondo le *leges artis* da parte del sanitario”.

Ma così non è stato e la Corte d'Appello ha ritenuto provato che “l'evoluzione degli accadimenti sia stata determinata proprio da una scelta non effettuata consapevolmente e liberamente dai genitori, avendo rappresentato anche tale risvolto un motivo di discordie successive tra i genitori circa la loro decisione di rivolgersi all'ospedale piuttosto che ad altro presidio per le cure del bambino. La decisione della Corte territoriale – concludono i giudici della Cassazione - risulta, pertanto, conforme a diritto”.

Respinto quindi il ricorso dell'ospedale e riconosciuta la piena responsabilità dei sanitari.

La struttura sanitaria è tenuta a rispondere del decesso di un paziente quando effettui un intervento chirurgico senza che sia strettamente necessario e in assenza di consenso informato. Nella vicenda, poi, i sanitari non avevano nemmeno preso in debita considerazione le indicazioni fornite loro delle conseguenze dall'assunzione di certi farmaci. Lo chiarisce la Cassazione con la sentenza n. 9180/18. La Corte ha precisato che nella vicenda un ragazzo era stato ricoverato in un ospedale del Lazio e al quale i sanitari avevano diagnosticato inizialmente una colica addominale di natura da determinarsi. Il giorno successivo il ragazzo era stato sottoposto a un intervento di appendicectomia. Nel breve post operatorio al paziente era stato somministrato un farmaco antiemetico che

evidente la responsabilità della struttura sanitaria. In prima battuta l'intervento non era indispensabile e quindi i medici avrebbero dovuto chiedere il consenso ai genitori che avrebbero potuto decidere anche per non intervenire chirurgicamente evitando quindi l'assunzione del medicinale poi rivelatosi fatale.

Leggerezza poi dei sanitari in quanto la madre aveva avvisato la struttura dell'allergia mostrata dal ragazzo a diversi medicinali, motivo per il quale doveva essere letto con attenzione il bugiardino del medicinale e vedere se tra le controindicazioni ci fossero anche quelle dichiarate dalla donna. Come se non bastasse è stata ravvisata una responsabilità per aver atteso circa due ore dall'insorgere dei primi sintomi allergici a che l'anestesista cessasse di somministrare il medicinale. La decisione richiama un precedente (sentenza n. 847/2010) secondo cui in tema di responsabilità professionale del medico, in presenza di un atto terapeutico necessario e correttamente eseguito in base alle regole dell'arte, dal quale siano tuttavia derivate conseguenze dannose per la salute, ove tale intervento non sia stato preceduto da un'adeguata informazione del paziente circa i possibili effetti pregiudizievoli non imprevedibili, il medico può essere chiamato a risarcire il danno se il paziente dimostri anche tramite presunzioni, che, ove compiutamente informato, egli avrebbe verosimilmente rifiutato l'intervento. La mancanza di consenso può assumere rilievo ai fini risarcitori quando siano configurabili conseguenze pregiudizievoli derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in se considerato, del tutto a prescindere dalla lesione incolpevole della salute. Tale diritto, distinto da quello legato alla salute, rappresenta una doverosa e inalienabile forma di rispetto per la libertà dell'individuo perché questo possa ricevere informazioni sulle prevedibili conseguenze del trattamento sanitario; sul possibile verificarsi di un aggravamento delle condizioni di salute; sull'eventuale impegnatività in termini di sofferenze del percorso riabilitativo post-operatorio. Respinto quindi il ricorso dell'ospedale e riconosciuta la piena responsabilità dei sanitari.

**OLTRE
I NUMERI**



OMEOPATIA IL BUSINESS S'INGROSSA CON IL SSN

Elena Polidori

Globulini, gocce, tintura madre. Ma anche dosi uniche, diluite, o per meglio dire dinamizzate. Omeopatia sì o no, la comunità scientifica è divisa, ormai da qualche secolo. Ma intanto, secondo dati Oms, 600 milioni di persone nel mondo ricorrono ai rimedi omeopatici, 100 in Europa e oltre 9 in Italia. Solo negli Usa, questo mercato supera i 3 miliardi di dollari. Un miliardo è il business europeo, 324 milioni in Italia nel 2017, con un calo del 7%, il secondo anno declinante di fila. Nell'analisi di Omeoimprese, l'associazione dei produttori, il ribasso non è un segno di disaffezione e neppure il frutto delle polemiche sull'utilizzo e l'efficacia. Dipende invece dal fatto che, a gennaio 2019, l'omeopatia entrerà nel prontuario farmaceutico, ma i prodotti in vendita dovranno avere una licenza dell'Aifa, l'Agenzia del farmaco. Sono pratiche costose, "insostenibili" per un settore "che non può e non vuole competere con Big Pharma". Così le aziende hanno avviato l'iter solo per i rimedi più venduti: 3000 prodotti, ben 10 mila sono stati ritirati. In qualche misura è una capitolazione, o almeno la prima dopo il boom degli ultimi anni.

Fondata a fine Settecento dal medico tedesco Samuel Hahnemann e diffusa in 80 nazioni, l'omeopatia segue la legge dei simili (similia similibus curentur), ma in ogni paese è disciplinata in modo diverso. In America, la Food and Drug Administration vuole che sui prodotti sia scritto "non scientificamente validati". La Gran Bretagna studia uno stop delle prescrizioni per i medici di base. In Svizzera sono riconosciuti e parificati.

Nel mercato Ue, l'Italia è terza dopo Francia e Germania. Lo scorso 10 aprile la giornata internazionale dell'omeopatia. In un vademecum, Omeoimprese spiega che è "un sistema integrato" di prevenzione e cura che "si affianca" ai farmaci tradizionali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Viviamo in mondi illusori che trasformano il cervello”

Lo specialista: scattano meccanismi neurali simili a quelli in atto nelle dipendenze dalle droghe



Nell'illimitato mondo virtuale abbiamo a disposizione «un allargamento iperbolico dello spettro dei contatti, a cui però non corrisponde un aumento della profondità e della qualità dei rapporti. Intanto, nella vita reale, c'è spesso un impoverimento della comunicazione», spiega lo psichiatra Claudio Mencacci, direttore del dipartimento di salute mentale e neuroscienze del Fatebenefratelli-Sacco di Milano nel suo ultimo libro, «Quando tutto cambia. La salute psichica in adolescenza».

Professore, stiamo assistendo a un cambiamento radicale?

«La tecnologia modula il rapporto con la realtà: sottraggono sostanza al reale e solidificano i processi dell'apparato psichico post-moderno, caratterizzato da istantaneità, instabilità degli affetti, incertezza, precarietà, tendenza ad andare oltre i limiti, scomparsa dei tabù».

Come si ripercuote tutto questo sulla percezione di noi stessi e degli altri?

«La libertà d'azione e di comunicazione che ci fornisce il web si associa ad una perdita di solidità dell'identità e favorisce il camaleontismo. Inoltre crea l'illusione di una vita socio-relazionale gratificante e l'idea di appartenenza a una comunità, spesso fragile o inesistente. Assistiamo all'erosione dei principi

di realtà. Condividiamo la stessa illusione di uguaglianza, ma i poteri forti sono ancora più subdoli e agguerriti».

Si dice che ogni «like» porta con sé una scarica di dopamina. Perché c'è un così alto rischio di dipendenza?

«I meccanismi neurali coinvolti nell'uso eccessivo dei dispositivi digitali sono quelli della ricompensa e della gratificazione, gli stessi in atto nelle dipendenze da sostanze. Soprattutto nei più giovani conosciamo nuove forme patologiche: cyberstalking, smartphone e web surfing addiction, gambling online, cybersexual addiction, cybercondria. Ma anche disturbi del tono dell'umore, stress, ansia, depressione, insonnia».

Il cervello cambia?

«L'iperconnessione riconfigura le aree cerebrali, la loro struttura e il loro funzionamento e, quindi, la cognizione, la percezione della realtà e il concetto stesso di realtà».

Come fare per prendere tutto quello che di bello il web ha da offrire?

«Due individui al bar, intenti a navigare con lo smartphone, vivono un infra-tempo, il tempo nel frattempo, e in un meta-spazio, lo spazio altrove. Dobbiamo prestare attenzione a queste dimensioni illusorie, come la compresenza di vicinanza-lontananza, ricchezza-povertà, solitudine-comunità, e riconoscere questi paradossi. È un mondo che è e sarà il futuro. Dovremmo imparare a cogliere il come eravamo e il come saremo con l'immensa capacità di adattamento che ci contraddistingue».

[N. PAN.]

© BY NC ND / AL CUNO DIRITTI RISERVATI