

FECONDAZIONE:LORENZIN,PER ETEROLOGA SERVE AUTORIZZAZIONE REGIONE

(AGI) - Bruxelles, 23 lug. - Chi fornisce servizi di fecondazione eterologa "lo puo' fare solo se ha un'autorizzazione regionale" nell'ambito delle norme che servono a garantire "la sicurezza delle persone, in modo tale che tutti possano avere accesso alla procreazione medicalmente assistita in piena sicurezza": lo ha chiarito oggi a Bruxelles, dove ha presentato al Parlamento le priorit  del semestre italiano, il ministro Beatrice Lorenzin. Non volendo rispondere alle accuse di "estremismo cattolico" ("quando sono totalmente prive di fondamento, meglio soprassedere ", ha detto), il ministro ha sottolineato di avere "avviato, subito dopo avere avuto le motivazioni della Consulta perche' prime non si poteva, un gruppo di lavoro laico, laicissimo, al ministero, che ha avuto ieri la sua ultima riunione e il 28 portera' gli esiti in parlamento". A quel punto si potra' presentare il decreto al Consiglio dei ministri, "subito dopo la pausa estiva", per il "recepimento della direttiva europea che ci permette di armonizzare la norma e di rendere l'eterologa attuabile con criteri omogenei per tutti i centri, con l'unico scopo di garantire l'accesso sicuro e in modo uguale su tutto il territorio nazionale". (AGI)

Anonimato del padre biologico L'Italia pensa a una deroga

È la questione da risolvere nelle linee-guida della fecondazione eterologa

il caso

GIACOMO GALEAZZI
ROMA

AA. papà biologico cercasi. Nelle Linee-guida con cui il consiglio dei ministri si appresta a regolamentare la fecondazione eterologa, la questione più spinosa riguarda le deroghe all'anonimato dei donatori.

Insomma, l'effetto a lungo termine della provetta libera potrà essere un esercito di bebè che una volta cresciuti vorranno conoscere il loro vero padre. In base alle norme italiane, i dati dei donatori sono conservati con l'anonimato per 30 anni in appositi registri e di fatto c'è la possibilità di ri-

salire ai propri dati genetici, tutto allo scopo di garanzia sanitaria ma non per una identità biologica che non è alla base di rapporti familiari, come sentenza la Corte Costituzionale.

Le regole in vigore riguardano le donazioni di cellule, le modalità con cui prestare il consenso informato da parte del donatore e del ricevente, e le modalità di selezione del donatore. Sia il ministro Lorenzin sia - su "Avvenire" - il giurista cattolico Francesco D'Agostino, concordano che occorre risolvere il problema dell'anonimato o meno di chi cede i propri gameti alla coppia e il diritto a conoscere le proprie origini e la rete parentale più prossima (fratelli e sorelle) da parte dei nati con queste procedure.

«Non c'è esigenza di intervenire nuovamente sulla questione dell'anonimato perché è già tutto previsto dalla normativa vigente; alle centinaia di coppie sterili e infer-

tili che si rivolgono a noi consigliamo di consul-

tare il Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita - spiega Filomena Gallo, Segretario dell'Associazione Luca Coscioni-. Da quell'elenco scelgono in quale struttura andare. La necessità per il nato di poter risalire alla propria identità biologica entra in contrasto con la stessa legge 40 che prevede che i bambini nati dalla donazione di uno o due gameti sono figli legittimi della coppia e non hanno rapporti giuridici con i donatori».

È una tabella di marcia precisa quella indicata dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per arrivare all'applicazione, a pieno regime, delle tecniche di fecondazione eterologa in Italia dopo la sentenza della Consulta che ne ha bocciato il divieto contenuto nella legge 40: il 28 luglio le linee guida in materia, ha annunciato, verranno presentate alla Camera e subito dopo ci sarà un decreto. Dopo l'annuncio delle prime gravidanze ottenute in Italia da fecondazio-

ne eterologa, il ministero della Salute ha pronte le linee guida da presentare alla Camera.

L'associazione Coscioni, soprattutto in questo periodo, sta ricevendo molte telefonate da coppie che in tutta Italia vogliono sapere a chi rivolgersi per accedere alla fecondazione assistita. «Indichiamo sempre di consultare il registro nazionale in cui sono forniti i nomi e le prestazioni di tutti i centri accreditati sul territorio - afferma Gallo -. Anche le coppie che hanno in corso le gravidanze da eterologa hanno preso contatti tramite l'elenco dei centri autorizzati ad applicare tutte le tecniche di procreazione medicalmente assistita».

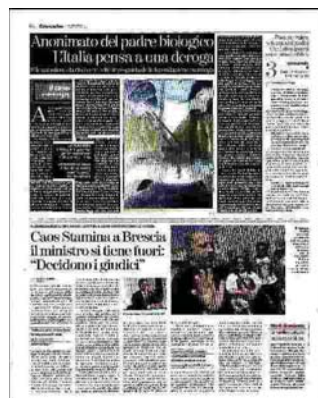
Il ministero della Salute, attraverso una Authority, vigilerà sulle banche del seme e sul registro dei donatori. L'anonimato sarà garantito per i donatori, con eccezioni per particolari esigenze di tipo sanitario e medico o su richiesta del soggetto nato da fecondazione eterologa. Sono previste forme di rimborso per i donatori e l'opportunità di rendere possibile l'eterologa sia nei centri pubblici sia in quelli privati.

LA SCADENZA

Il 28 luglio il governo presenterà le sue indicazioni in Aula

LA NORMA ATTUALE

I dati dei donatori sono "segreti" per trent'anni



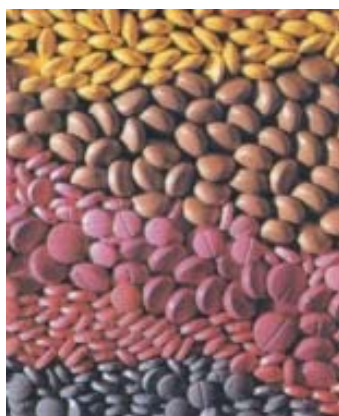
Farmacista33

À

lug
23
2014

Farmaci in fascia Cnn, Aifa: impegnati a rispettare termine 100 giorni

TAGS: APPROVAZIONE DI FARMACI, APPROVAZIONE DI FARMACI



L'Aifa è da sempre impegnata al fine di garantire a tutti i cittadini l'accesso ai farmaci e, grazie all'abilità tecnico-scientifica (Cts) e negoziale (Cpr) dei suoi organismi consultivi, è stata in questi anni in grado di garantire prezzi dei farmaci tra i più bassi dell'Unione europea. Lo sottolinea l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), in una nota diffusa martedì dopo le polemiche dei giorni scorsi sulla mancata applicazione della scadenza dei 100 giorni per i farmaci per cui si è scelta questa procedura accelerata per l'approvazione. A innescare il dibattito una recente lettera congiunta degli oncologi di Aiom e Cipomo che hanno sottolineato come «questo limite temporale nei fatti non è rispettato» e ancora come «a oggi permangono in fascia Cnn numerosi farmaci oncologici, per molti dei quali la tempistica di negoziazione si protrae ormai da molti mesi». «Per quanto riguarda l'accesso alla procedura dei 100 giorni - scrive l'agenzia - richiesta o perché il farmaco è ospedaliero o perché l'azienda ha ritenuto che la propria specialità fosse di eccezionale rilevanza terapeutica, nell'ultimo anno sono pervenute domande per 7 prodotti». La procedura, sottolinea l'Aifa, si è già conclusa per un prodotto, mentre per uno è stato chiesto il "clock stop" dall'azienda, due sono in negoziazione, uno ha la domanda in fase di valutazione e per due la fase istruttoria ha rilevato delle irregolarità che hanno portato alla scelta della negoziazione ordinaria. Anche i sei farmaci orfani per cui è stata chiesta la procedura accelerata sono in fase di valutazione. «Occorre tenere

presente - scrive l'Aifa - che spesso, al fine di assicurare l'appropriatezza prescrittiva di determinate specialità medicinali, per tutelare i pazienti ed evitare aggravamenti di spesa per il Ssn, si rende necessario predisporre degli appositi registri di monitoraggio che vanno preventivamente collaudati. Si tratta di un'attività aggiuntiva che può incidere sui tempi finali di conclusione dell'iter procedurale».

Marco Malagutti



But must make a treatment decision now



Home Lavoro e professione

LAVORO E PROFESSIONE

Cure palliative e terapia del dolore: legge 38 a buon punto, ora l'applicazione è in mano alle Regioni

23 luglio 2014 Cronologia articolo

Tweet 1

Recommend 4

g+1 0

Print icon



A quattro anni dall'emanazione della Legge 38, il bilancio del ministero della Salute è positivo: gli aspetti attuativo-burocratici sono pressoché completati; manca ora la sua applicazione pratica, che è compito delle Regioni imporre sul territorio, ad Asl e ospedali. Il punto alla luce del dibattito che si è svolto a Firenze alla sesta edizione di Impact proactive.

«Nel complesso, la normativa sta migliorando la qualità delle cure palliative e della terapia del dolore - spiega Guido Fanelli, presidente della Commissione ministeriale per l'attuazione della legge 38/2010 -

ed è riconosciuta come un modello di riferimento anche all'estero. I primi risultati concreti già si vedono: se nel 2009 morivano nei nosocomi italiani oltre 55mila pazienti oncologici terminali, la rilevazione del 2012 registra 45mila decessi. Certo, occorre rafforzare l'assistenza domiciliare, perché sono ancora troppi coloro che si spengono in ospedale o in hospice quando è ormai dimostrato che, tra le mura domestiche, il malato potrebbe essere curato molto meglio».

Il consumo di oppioidi forti cresce a doppia cifra: +20% su base annua, con un livello attuale pari a circa 1,70 euro pro capite, benché si sia ancora lontani dalla media europea (circa 4,5 euro pro capite) e dalla Germania (9 euro pro capite).

I margini di miglioramento sono su diversi fronti. Innanzitutto le differenze di assistenza tra Nord, dove in linea sostanziale la rete funziona, e il Sud Italia, dove c'è ancora molto da fare. Le Regioni stanno proseguendo i percorsi attuativi: quasi tutte hanno istituito le Commissioni per le reti di terapia del dolore e cure palliative, alcune hanno già recepito l'intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sui requisiti minimi per l'accreditamento di Hub e Spoke. Ma servono ulteriori sforzi per passare dalle delibere alla concreta applicazione della 38: «Ora molto dipende dalle singole realtà regionali e dai direttori generali delle Asl - continua Fanelli - che devono seriamente impegnarsi su questo aspetto. A tale proposito, sarebbe auspicabile che gli Enti locali adottassero delle sanzioni per quei Dg che non si adeguano alla Legge».

Altri due ambiti fondamentali su cui occorre lavorare sono la formazione della classe medica e l'informazione alla popolazione.

Sul versante pediatrico, nonostante i progressi siamo ancora lontani da un quadro

NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente »](#)

Scegli Sky Cinema
a soli **29,90** € al mese per 12 mesi
Sky On Demand INCLUSO
sky [Scopri di più »](#)

Sfogliala Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 28
22-28 lug. 2014
[Sfogliala PDF »](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »](#)

Uscite precedenti:

- nr. 2715-21 lug. 2014
- nr. 268-14 lug. 2014

[Consulta l'archivio »](#)
[Gestisci abbonamento »](#)

Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

ottimale. «Il progetto Piper (progetto multicentrico per la gestione del dolore pediatrico nei pronto soccorsi italiani) ha evidenziato recentemente (dati del 2013) - spiega che solo nel 40% dei bambini che accedono al pronto soccorso pediatrico, il dolore viene misurato con scale validate, che la valutazione del dolore resta una procedura di quasi sola competenza infermieristica e non presenta frequentemente una risposta terapeutica corrispondente alla entità-qualità del dolore descritto. Altre conferme si hanno in ambiti clinici diversi: carente per esempio è la gestione del dolore acuto che accompagna le patologie infettive intercorrenti (trattamento in assenza di febbre rimane inferiore al 15-20%), del dolore che accompagna le procedure diagnostiche e terapeutiche (ove la percentuale di trattamento è molto variabile da centro a centro e va dal 10 al 50% dei casi) e anche del dolore che accompagna molte patologie croniche, anche gravi».

Da un punto di vista organizzativo, 9 Regioni hanno avviato e sono in varia fase di deliberazione/realizzazione della rete e del centro di riferimento del dolore e delle cure palliative pediatriche; in 4 Regioni tale rete è stata attivata ed è funzionante.

Diversi i cantieri aperti: la formazione specialistica e di base per gli operatori, la condivisione fra Centri (nell'ambito del progetto Piper) di strumenti e strategie per il controllo del dolore pediatrico, l'informazione pubblica. Risultato di un grosso lavoro di condivisione fra esperti in Cpp è stata inoltre la stesura della Carta dei diritti del bambino morente, la cui realizzazione è stata supportata dalla Fondazione Maruzza Lefebvre d'Ovidio.

Intanto i consumatori chiedono un'applicazione più omogenea della legge 38 su tutto il territorio nazionale. «Nonostante in Italia vi sia un Organo centrale come l'Aifa che autorizza l'immissione in commercio dei farmaci - sottolinea Rosario Trefiletti presidente Federconsumatori - nelle singole Regioni può capitare che non siano disponibili gli stessi medicinali, spesso solo per ragioni di budget».

Dall'appuntamento fiorentino una serie di suggerimenti: «Uno dei fronti su cui occorre ancora lavorare - sottolinea Gian Franco Gensini - presidente del Comitato scientifico Impact proactive e ordinario di Medicina interna Università di Firenze - è anche l'umanizzazione della medicina, cruciale nel campo del dolore. Serve un maggiore sforzo dei clinici verso la riflessione e la disponibilità all'ascolto del paziente, che si attua dando valore alla sua specifica storia e instaurando con lui una relazione simmetrica. Solo così sarà possibile raccogliere le informazioni e sviluppare gli strumenti necessari affinché le cure siano davvero tailor-made. Da contrastare la tendenza alla supermedicalizzazione, perché ciò che non è utile può essere dannoso, per la salute del malato e per l'ulteriore aggravio di costi».

LEGGI IL SERVIZIO COMPLETO SU IL SOLE 24 ORE SANITA' N. 28

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

ANNUNCI GOOGLE

Prestiti INPDAP 2014

Condizioni Riservate Dip. Pubblici Fino a 75.000 € con Rate comode
dipendentistatali.it/DipPubblici

Prestiti Cattivi Pagatori

Fino a 30000€ in 24h a Casa Tua Senza Spese. Solo Se Dipendenti.
www.ederaspa.com

Prestiti Rapidissimi?

Da 2.500 euro. Richiesta on line Anche protestati. Chiedi info!
www.prestimio.it/prestiti

Lascia il primo commento a questo articolo



le cifre del nonprescription

Sfogliala PDF »

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

Invia un quesito »

Ultimi quesiti:

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

▼ FERIE DONATE A FAVORE DI UN COLLEGA

Siamo un gruppo di infermieri che lavora in un ospedale del Nord e volevamo sottoporre un caso di...

Vedi tutti i quesiti »

Servono più sperimentazioni per i ragazzi malati di tumore

Limiti di età troppo rigidi fanno sì che gli studi sui farmaci sperimentali siano dedicati a bambini o adulti. Così teenager e giovani adulti finiscono nel «vuoto»



I limiti d'età per l'accesso alle trials clinici devono essere più flessibili per poter consentire anche ai teenager con tumore di aver accesso ai farmaci in sperimentazione. Lo sostiene uno studio pubblicato su [Lancet Oncology](#) dai ricercatori britannici del National Cancer Research Institute, che hanno analizzato i dati relativi a bambini e ragazzi (fino ai 24 anni) del Regno Unito che hanno preso parte a un protocollo sperimentale fra il 2005 e il 2010.

Lo studio

«La mancata partecipazione di adolescenti e giovani adulti ai trials clinici è un problema riconosciuto a livello internazionale e potrebbe essere in parte la causa per cui la sopravvivenza dei giovani pazienti con tumore non è migliorata negli ultimi anni come quella di adulti e bambini» scrivono gli autori dello studio, guidati da Lora Fern, responsabile del gruppo di lavoro sui giovani adulti al National Cancer Research Institute inglese. Sono poche le ricerche finora dedicate a questo argomento, ma verificando le informazioni relative al campione preso in esame è emerso che, se i criteri d'età per l'ingresso a un trial sono elastici, sale il numero di bambini e ragazzi che vengono arruolati. In particolare, negli anni considerati, è salita del 13 per cento la percentuale di partecipanti adolescenti (15-19 anni, passando dal 24 al 37 per cento), del 5 per cento quella dei 20-24enni (salita dal 13 al 18 per cento dei malati) e del 6 per cento quella dei piccoli pazienti fino ai 14 anni (cresciuta dal 52 al 58 per cento). Questo grazie all'apertura di trial con maggiore duttilità sull'età dei partecipanti e a una migliore informazione di oncologi e pazienti, resi più consapevoli dell'importanza di avere accesso ai nuovi farmaci.

Gap fra adulti e bambini

«Risulta chiaro dai numeri - dice Fern - che troppi ragazzi finiscono nel vuoto che si viene a creare tra le sperimentazioni dedicate ai bambini e quelle pensate per gli adulti. Sensibilizzando medici e ricercatori ai bisogni dei giovani malati è stato possibile disegnare trials specifici che tengano conto del fatto scientifico che la biologia dei tumori in quella fascia d'età è particolare, diversa, non appartiene agli altri due gruppi. Per cui serve studiare farmaci e dosaggi mirati». In Italia ogni anno sono circa un migliaio i ragazzi fra i 15 e i 19 anni che scoprono di avere un tumore. Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di una neoplasia

che colpisce il sangue (per lo più leucemia), le ossa o i tessuti molli dell'organismo (sarcoma) e il cervello. Ad oggi circa il 70 per cento degli adolescenti guarisce e nella stragrande maggioranza dei casi può avere una vita normale, del tutto simile a quella di un coetaneo che non ha mai dovuto affrontare il cancro. «La situazione descritta da Lorna Fern nel Regno Unito è simile a quella che si osserva in Italia, ma le cose sono cambiate in questi ultimi anni - commenta Andrea Ferrari, oncologo pediatra responsabile del [Progetto Giovani dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano](#) e fondatore di SIAMO, [Società Italiana Adolescenti con Malattie Onco-ematologiche](#), progetto su base nazionale che vuole occuparsi delle peculiarità dei pazienti adolescenti malati di tumore -. Occorre migliorare l'accesso alle cure e quindi le probabilità di guarigione, ma anche pensare a programmi dedicati per pazienti speciali che richiedono attenzioni special. SIAMO vuole cambiare la situazione degli adolescenti in Italia: le associazioni scientifiche nazionali di oncologia pediatrica e oncologia dell'adulto si sono messe insieme per rappresentare il riferimento per questi giovani pazienti, con l'obiettivo concreto di creare una rete di selezionati centri dedicati distribuiti sul territorio nazionale».

http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/14_luglio_16/piu-sperimentazioni-ragazzi-malati-tumore-2f3adf40-0cf7-11e4-b4c9-656e12985e4f.shtml

ARRIVANO I NUOVI PIANI DI RIENTRO, PIU' ATTENZIONE A CURE

NUOVE REGOLE SU COMMISSARIAMENTI, AL VIA SISTEMA DI ALLERTA

(ANSA) - ROMA, 23 LUG - Piani di rientro dai deficit sanitari che non puntino solo su tagli e contenimento dei costi ma che sappiano costruire un percorso concreto di riorganizzazione e riqualificazione delle sanità regionali in rosso. Questa la ratio delle nuove misure per i Piani di rientro previste dal Patto per la Salute 2014-2016 appena sottoscritto da Governo e Regioni. Il nuovo Patto sembra strizzare l'occhio a 'Piani' dal volto piu' 'umano' dopo le numerose critiche in tal senso piovute negli ultimi anni e visti anche i risultati a livello di Lea dove le Regioni in rosso (Lazio, Calabria, Molise, Sicilia, Piemonte, Puglia, Abruzzo e Campania) non riescono a darne piena attuazione. Dalla Verifica adempimenti Lea 2012, del Ministero della Salute si legge come "rilevanti inadempienze" permangono "per le Regioni in Piano di rientro". Certo, a livello economico i risultati (positivi) negli anni ci sono stati. A prescindere dalle coperture (le tasse), dall'analisi dell'ultima relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni della Corte dei Conti, si nota come le Regioni sottoposte a Piano di rientro, dai 4,6 miliardi di euro di disavanzo del 2006 sono passate ad un deficit di 1,1 mld nel 2012. Una riduzione del 76% cui non e' pero' spesso corrisposta una riorganizzazione dei servizi. Ed e' proprio sulla ricerca di un equilibrio tra contenimento dei costi e riqualificazione dell'offerta su cui il Patto intende intervenire. In primis, si prevede di definire una norma che stabilisca come "in caso di nuovi commissariamenti, la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento". Misura che in sintesi decretera' l'estinzione della figura del presidente-commissario. Regioni e Governo hanno poi convenuto di prevedere nuove misure per la "semplificazione e razionalizzazione delle procedure di verifica degli adempimenti previsti dal Piano" con un'attenzione specifica in ambito di erogazione e obiettivi Lea, nonche' di coordinamento, oltre che di controllo sulle risorse. Affidata ad Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), che diventa ancora di piu' organo di verifica centrale, la predisposizione (le procedure dovranno essere definite entro il 30 settembre) di "uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito sistema di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance". Un vero e proprio sistema 'Sos' che consenta di valutare per tempo gli scostamenti delle performance dei Ssr. I commissari ad acta avranno anche il potere di proporre la decadenza di Dg, direttori sanitari e amministrativi qualora alla verifica annuale non siano stati raggiunti gli obiettivi stabiliti per contratto. Dovra' essere infine predisposto entro il 31 marzo 2015 un "testo unico di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari". (ANSA).

Salute, italiani costretti a fuga da ospedali: trenta miliardi spesi per curarsi dai privati

Tempi d'attesa lunghissimi e costo dei ticket le cause principali della rinuncia al servizio pubblico. Le stime nel rapporto finale dell'indagine condotta dalle commissioni Bilancio e Affari Sociali della Camera



ROMA - Italiani costretti alla fuga dal Servizio sanitario nazionale. Ticket sempre più alti e soprattutto i tempi di attesa lunghissimi per esami necessari spesso davanti al sospetto di gravi patologie stanno spingendo sempre più cittadini, ormai oltre 12 milioni, verso la sanità privata. Le stime emergono dal documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità economica del Ssn, condotta dalle commissioni Bilancio e Affari Sociali della Camera. Secondo il rapporto, la spesa privata ha sfondato il muro dei 30 miliardi l'anno. Per l'esattezza 30,3 miliardi, tra farmaceutica, diagnostica e assistenza, che - come si legge nel documento - costituiscono "una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva".

Una spesa enorme che - osservano i deputati - "pur non collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per intero 'out of pocket', mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi". Ossia, è sostanzialmente a carico integrale dei cittadini. L'indagine della Camera svela anche i motivi di questa emigrazione di pazienti dal pubblico al privato: "E' stato rilevato - si legge nel documento - come l'applicazione dei ticket stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica".

La tendenza è confermata da uno studio del Cnel sul welfare, contenuta nella Relazione annuale al Parlamento e al governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubblica amministrazione centrali e locali alle imprese e ai cittadini. Sotto il livello di soddisfazione sono o servizi di Pronto soccorso e medicina territoriale, mentre gli utenti sarebbero disposti a pagare di più per avere prestazioni migliori. Emerge che, partendo da 2,5 come livello minimo di soddisfazione, il pronto soccorso si ferma a 2,16, con particolare criticità relativa ai tempi di attesa (1,76); i servizi di medicina territoriale a 2,31 e anche qui i tempi di attesa sono decisivi; i servizi pensioni a 2,34,

con i tempi di attesa allo sportello a 1,87 ma con un alto livello di professionalità riscontrata (2,87).

Anche una recente ricerca del Censis sulla sanità integrativa afferma che sono sempre di più gli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari davanti alle inefficienze del sistema pubblico: nel 2013 la spesa sanitaria per cure private è infatti aumentata del 3% rispetto al 2007, mentre nello stesso arco di tempo quella pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%). Secondo il Censis, gli italiani sono costretti a scegliere tra le prestazioni sanitarie da ottenere subito e a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare. La fuga verso il privato, secondo le rilevazioni Censis, riguarda soprattutto l'odontoiatria (90%), le visite ginecologiche (57%) e le prestazioni di riabilitazione (36%). Aumentano poi le persone che pagano per intero gli esami del sangue (+74%) e gli accertamenti diagnostici (+19%). Il 41,3% dei cittadini paga per intero le visite specialistiche. Cresce anche la spesa per i ticket, sfiorando i 3 miliardi di euro nel 2013: +10% in termini reali nel periodo 2011-2013.

Una delle questioni più dibattute nel corso dell'indagine conoscitiva della Camera riguarda l'andamento della spesa sanitaria pubblica dopo i provvedimenti normativi in materia di spending review. Emerge che la spesa per l'acquisto di beni e servizi, cui si è fatto cenno in precedenza, è passata dal 29,4 per cento nel 2008 al 30,4 per cento nel 2011.

http://www.repubblica.it/salute/medicina/2014/07/23/news/sanit_30_miliardi_per_la_spesa_privata_italiani_in_fuga_dal_ssn-92208273/

quotidianosanita.it

Mercoledì 23 LUGLIO 2014

Il personale del Ssn. Un esercito di 715.992 addetti. Età media 47,3 anni. Il rapporto del ministero

I dati, riferiti al 2011, contano 243.855 medici, 332.857 infermieri, 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.285 unità di personale tecnico sanitario e 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza ed ispezione. Tra i contratti, 665.031 a tempo indeterminato, 34.125 unità con rapporto di lavoro flessibile e 16.836 personale universitario. [Nel 2010 il personale del sistema sanitario nazionale ammontava a 724.245 unità. IL DOCUMENTO.](#)

Diminuisce il personale del sistema sanitario nazionale. Ad evidenziarlo è la seconda fotografia scattata dal ministero della salute al personale dipendente che opera nelle Aziende Sanitarie Locali (strutture territoriali ed ospedali), nelle Aziende Ospedaliere e nelle Aziende Ospedaliere Universitarie. Ad esso si aggiunge il personale dipendente dell'Università che eroga prestazioni assistenziali presso le Aziende Sanitarie, il personale delle strutture equiparate al pubblico cioè dei Policlinici universitari privati, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), degli ospedali classificati, degli istituti qualificati presidi delle USL, degli enti di ricerca, ma anche del personale delle case di cura convenzionale "poiché concorre all'erogazione delle prestazioni sanitarie per conto del Ssn" e delle personale delle strutture di riabilitazione ex art 26 legge 833/78, i medici di continuità assistenziale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Dalla sommatoria e dall'integrazione dei dati disponibili dalle varie fonti informative analizzate il ministero infatti ha contato nel 2011 ben 715.992 dipendenti nel Ssn a fronte dei 724.245 dell'anno precedente. Nel 2011, in particolare, c'erano 243.855 medici, 332.857 unità di personale infermieristico, 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.285 unità di personale tecnico sanitario e 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza ed ispezione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale. L'età media del personale è pari a 47,3 anni, con valori inferiori al valore medio per il personale infermieristico (44,5 anni), tecnico sanitario (45,9 anni) e con funzioni riabilitative (46,7 anni).

Delle 715.992 unità, nel 2011, 665.031 avevano un contratto a tempo indeterminato, in 34.125 casi si trattava di persone con rapporto di lavoro flessibile e in 16.836 di personale universitario. Il rapporto tra personale con rapporto di lavoro flessibile e personale a tempo indeterminato risulta pari a 13,9% nel comparto dirigenti del ruolo tecnico, a 15,5% nei profili del ruolo professionale, a 6% nei profili del ruolo tecnico, a 4,1% nel personale con funzioni riabilitative, a 6,5% per i medici, a 4,1% per il personale infermieristico e solo all'1,9% per i veterinari.

Nel corso del 2011 sono cessati dal servizio 30.454 unità di personale di cui circa il 51% è costituito da personale collocato a riposo per limiti di età, dimesso con diritto a pensione, rapporto di lavoro risolto con 40 anni di contribuzione e licenziato (cosiddetti cessati puri). Complessivamente, l'anzianità media di servizio risulta pari a 17,3 anni; si passa da 8,3 anni per il ruolo professionale a 15,5 per i medici e a 17,3 anni per il personale infermieristico.

Ecco i dettagli della seconda edizione dell'analisi del Ministero della Salute sul personale Ssn.

MEDICI. Nel 2011 i medici impiegati nelle ASL, nelle aziende Ospedaliere ed Universitarie, negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV al 31/12/2011 risultano pari a 109.170 cioè 1,84 medici per mille abitanti, operano nell'area funzionale dei servizi con 30.367 unità di cui il 68% nelle specialità di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva; nell'area funzionale di chirurgia con 25.435 unità di cui il 64% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, ortopedia e traumatologia; nell'area funzionale di medicina con 42.210 unità di cui il 54% nella medicina interna, cardiologia, psichiatria e pediatria. L'età media dei medici del SSN è pari a 50,3 anni e si rileva una crescente femminilizzazione della professione con una maggiore presenza di donne nelle classi più giovani. Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età compresa tra 50 e 59 anni sia la più numerosa e come a quella di età compresa tra 30 e 34 anni corrisponda invece, la percentuale minore. La quota di donne medico sul totale è superiore a quella degli uomini nelle fasce di età inferiori ai 40 anni. Inoltre, il 30% dei medici di famiglia ed il 64% tra i pediatri di libera scelta è di sesso femminile. Dall'analisi della distribuzione per aree geografiche emerge che i medici che operano nelle strutture pubbliche ed equiparate al pubblico (133.983 unità) sono presenti al Nord con una percentuale di oltre il 43%, al Centro di circa 22%, al Sud ed isole rispettivamente 22% e 13%. Con riferimento ad alcune specializzazioni ed a specifici gruppi di popolazione, è stato realizzato un approfondimento sulla distribuzione per regione dei medici del SSN.

Pediatria: con riferimento alla medicina di base si rileva una media di 0,99 pediatri di libera scelta ogni 1.000 residenti tra 0 e 14 anni non compiuti, mentre nelle aziende sanitarie sono 0,44 i pediatri per 1.000 residenti di età 0 e 18 anni non compiuti.

Geriatria e Medicina interna: i geriatri presenti nelle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale sono nel 2011 pari a 1.422 unità pari a 0,12 per 1.000 residenti di età 65 e oltre, mentre la medicina interna è presente con un numero di medici pari a 0,63 per 1.000 abitanti ultra 65-enni.

Chirurgia generale e dell'apparato digerente: nell'area funzionale di chirurgia si rilevano 0,14 chirurghi generali e dell'apparato digerente ogni 1.000 residenti adulti (età superiore o uguale a 18 anni).

Ostetricia e ginecologia: nell'area chirurgica si rilevano nell'anno 2011 0,26 medici ginecologi/ostetrici ogni 1.000 donne in età compresa tra 14 e 64 anni.

Attività libero professionale: dal conto annuale è possibile rilevare il numero di medici del SSN con rapporto contrattuale di esclusività con la propria azienda sanitaria. Inoltre, dal 2011 nella tabella 1F, è stata introdotta una sezione dedicata alla rilevazione dei dirigenti medici che esercitano l'attività professionale intramuraria e intramuraria allargata, in quanto il rapporto di esclusività è condizione necessaria ma non sufficiente per l'esercizio della libera professione.

Nel 2011 i medici che operano nelle aziende sanitarie con rapporto esclusivo ammontano a 103.202 unità (ossia il 94,5% dei medici a tempo indeterminato) 42.542 medici cioè il 39% svolgono attività libero professionale intramuraria e 18.458 cioè il 16,9% del totale a tempo indeterminato svolgono attività libero professionale allargata cioè fuori dagli spazi aziendali. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni sia in termini generali di esercizio dell'attività libero professionale sia in termini specifici di tipologia di svolgimento della stessa. Più precisamente la percentuale dei medici con attività libero professionale intramuraria passa dall'11,8% in Abruzzo al 97,1% nella P.A di Trento; molto disomogenea è la distribuzione percentuale dei medici con attività libero professionale allargata: quasi inesistente in alcune zone quali Bolzano, Trento e Toscana, con punte del 45,2% in Molise e comunque oltre il 20% in Lombardia, Liguria, Marche, Lazio e Puglia.

Per la medicina specialistica ambulatoriale si annoverano 15.609 medici convenzionati (fonte: SISAC) con 17.338.044 ore remunerate. Gli specialisti ambulatoriali sono presenti al Nord con una percentuale pari al 36% rispetto al numero complessivo, al Centro pari al 24,4%, al Sud pari al 29,2% e al 10% nelle Isole.

Per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta le percentuali si attestano ad oltre il 43% al Nord, 21% al Centro, 24,2% al Sud e 12,3% nelle Isole.

PERSONALE AREA INFERMIERISTICA. Nel 2011 il personale infermieristico delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV ammonta a 276.862 unità di cui di 260.092 infermieri, 6.594 infermieri pediatrici e 10.176 ostetriche. L'età media è pari a 44,5 anni con un'anzianità media di servizio di 17,9 anni. Il rapporto rispetto ai residenti è di 4,46 per mille che sale al 4,77 se consideriamo anche gli ospedali equiparati al pubblico; la media nazionale del rapporto tra il personale infermieristico e quello medico è pari a 2,43.

PERSONALE AREA DELLA RIABILITAZIONE. Nel 2011 il personale addetto alla riabilitazione delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV pari a 20.378 unità è composto per circa il 63% da fisioterapisti, 18% da educatori professionali e 12% da logopedisti. L'età media è pari a 46,7 anni con anzianità di servizio di 17 anni. Il rapporto tra personale dell'area di riabilitazione e popolazione residente è 0,32; con riferimento anche all'equiparato pubblico è pari a 0,36 per mille abitanti.

PERSONALE AREA TECNICA E DELLA PREVENZIONE. Nel 2011 l'area tecnica sanitaria e della prevenzione è costituita dall'area assistenziale, dall'area diagnostica e dall'area della prevenzione. Il personale dell'area diagnostica costituito in maggior numero da tecnici di laboratorio e di radiologia medica ammonta a 34.547 unità, quello dell'area assistenziale ammonta a 2.251 unità e quello dell'area della prevenzione ammonta a 11.043 unità con il 67% di tecnici della prevenzione. L'età media del personale dell'area tecnica è di 45,9 anni e l'anzianità di servizio pari a 17,5 anni di servizio. Il rapporto tra tale personale e la popolazione residente oscilla tra 0,59 e 0,64 per mille abitanti a seconda che ci si riferisca o meno anche alle strutture equiparate al pubblico. L'età media del personale dell'area della prevenzione (personale addetto alla vigilanza e all'ispezione) è di 48,9 anni ed il rapporto sulla popolazione residente è pari a 0,19 ogni 1.000 abitanti. Tutti gli indicatori costruiti (numero di professionisti per 1000 abitanti) sono calcolati considerando il personale a tempo indeterminato.

PERSONALE OSPEDALIERO E GIORNATE DI DEGENZA. In questa seconda edizione dello studio, è stata introdotta una sezione dedicata all'analisi della consistenza di personale sanitario, in particolare medici e personale infermieristico, rispetto alle giornate di degenza, riferite ai soli ricoveri ordinari, erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate. Più precisamente le strutture ospedaliere considerate sono gli Ospedali a gestione diretta, le Aziende Ospedaliere, le Aziende universitarie con i policlinici privati, gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici, privati e fondazioni; per il personale le fonti di riferimento sono Conto annuale e modello HSP16. Il personale considerato è costituito da personale SSN e universitario, a tempo indeterminato e tempo determinato. L'indicatore giornate di degenza per unità di personale è stato calcolato a livello nazionale distinguendo le tipologie di strutture ospedaliere, a livello regionale con riferimento all'insieme delle strutture ospedaliere.

UE: LORENZIN, PRIORITA' SEMESTRE SICUREZZA CIBO, SALUTE DONNA, VACCINI

(ASCA) - Roma, 23 lug 2014 - "Una stretta collaborazione con l'Europarlamento per assicurare la salute dei cittadini dell'Unione". L'ha auspicata il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, illustrando oggi alla competente commissione del Parlamento Ue le priorit  programmatiche in materia di Sanita' del semestre italiano di presidenza Ue. La sicurezza della filiera agroalimentare, la salute della donna, cos  come l'importanza delle cure palliative o delle vaccinazioni sono alcuni dei temi centrali del semestre italiano indicati da Lorenzin. Piu' in particolare, "in collaborazione con la Commissione europea, il 23 e il 24 ottobre prossimi a Roma, terremo una conferenza internazionale sulle frodi alimentari: l'obiettivo finale e' quello di elaborare un documento congiunto di indirizzo da presentare al Consiglio", ha indicato l'esponente del governo italiano. Lorenzin ha quindi descritto l'agenda degli eventi in materia di sanita' previsti durante il semestre italiano di presidenza Ue: 2 e 3 ottobre, Roma, Conferenza ministeriale sulla salute della donna; 7 e 8 ottobre, Roma, convegno sulla sanita' digitale; 23 e 24 ottobre, Roma, Conferenza internazionale sulle frodi alimentari; 27 e 28 ottobre, Roma, conferenza ministeriale sulla salute nell'area mediterranea; 3 novembre, Roma, conferenza sulla qualita' e i costi delle cure; 14 novembre, Roma, conferenza di livello tecnico sulle demenze; 27 e 28 novembre, Roma, Conferenza sull'Hiv; 18 e 19 novembre conferenza annuale sui dispositivi medici.



But must make a treatment decision now

Accedi

VANTAGGI PER L'ABBONATO

ABBONATI SUBITO

RINNOVA IL TUO ABBONAMENTO

Inserisci i termini da cercare...



multimedia

shopping24



Home | Dal Governo | In Parlamento | Regioni e Aziende | In Europa e dal mondo | Lavoro e professione | Giurisprudenza | Imprese | Medicina e scienza

Home Dal Governo

DAL GOVERNO

ESCLUSIVA Patto per la salute/ Lavoro, farmaci, federalismo, territorio, piani di rientro: giudizi e chiaroscuri nelle analisi di 6 esperti per Il Sole-24 Ore Sanità

23 luglio 2014 Cronologia articolo

Tweet 0

Recommend 3

G+1 0



Che il Patto per la salute ci sia è un bene per tutti: dà certezza di finanziamenti e - almeno sulla carta - garantisce che gli sforzi fatti per risparmiare siano a vantaggio del Ssn (almeno per ora). Ma sul fatto che possa essere volano di un reale cambiamento i dubbi sono tanti. Almeno secondo gli esperti che hanno come loro pane quotidiano personale, farmaci, dispositivi, federalismo, territorio e piani di rientro.

Non perché ciò che è scritto nell'intesa non sia giusto, ma per i tempi e i modi - con troppi rinvii a provvedimenti che potrebbero avere difficoltà a vedere la luce - con cui tutto dovrà avvenire. Così accade che spesso - il personale è il primo caso - si ripetano nel Patto norme e procedure già viste e mai applicate. E che potrebbero ancora una volta restare lettera morta.

Il dejavù dell'intraoemia, a esempio, ha il sapore di un'ipocrisia legata a una norma da applicare tassativamente - secondo la legge Balduzzi - un anno fa e ancora mai decollata. Mentre per il territorio, alter ego dell'ospedale, le norme scritte sono "ottime", ma i risultati che si spera di ottenere sarà difficile arrivarvi prima di 5-10 anni.

Ancora, tra gli esempi, il profilo dei nuovi commissari "non presidenti" per i piani di rientro (quando ci saranno), rischia di mettere in pista burocrati che hanno come obiettivo ancora una volta il solo risparmio di spesa.

E, dalla padella alla brace, sullo sfondo c'è un nuovo Titolo V che invece di mitigare l'attuale puzzle sanitario che spesso regna tra le Regioni, lasciando in esclusiva a queste l'organizzazione sanitaria, rischia secondo gli esperti di fare da trampolino a ulteriori, pesanti differenze, mettendo in pericolo la spesa sociale e sanitaria delle famiglie.

Un disegno in chiaroscuro, quindi, quello che tracciano gli esperti.

PERSONALE L'intraoemia delle ipocrisie di Stefano Simonetti

FARMACI E DISPOSITIVI I dati real life supporto all'Hta

NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente »](#)

Scegli Sky Cinema
a soli **29,90** € al mese per 12 mesi
Sky On Demand INCLUSO
sky [Scopri di più »](#)

Sfogliala Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 28
22-28 lug. 2014
[Sfogliala PDF »](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »](#)

Uscite precedenti:

- nr. 2715-21 lug. 2014
- nr. 268-14 lug. 2014

[Consulta l'archivio »](#)
[Gestisci abbonamento »](#)

Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

di Claudio Jommi, dipartimento di Scienze del farmaco Università del Piemonte orientale e Cergas Bocconi

Confermata la svolta di toni e priorità nei rapporti tra Governo e imprese
di Fabio Pammolli, Fondazione Cerm

FEDERALISMO Nuovo Titolo V, rischi in più
di Walter Ricciardi, direttore Dipartimento Sanità, Policlinico Gemelli Roma e direttore Osservatorio nazionale per la salute nelle Regioni Italiane

TERRITORIO Buone soluzioni, tempi lunghi
di Francesco Longo, Cergas/Sda, Università Bocconi

PIANI DI RIENTRO Commissario, non burocrate
di Elio Borgonovi, presidente Cergas, Università Bocconi

LEGGI IL SERVIZIO COMPLETO SU IL SOLE-24 ORE SANITA' N. 28/2014

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

ANNUNCI GOOGLE

Immobili: Compravendita

Investitore immobiliare ti svela i suoi segreti. Scaricali gratis.
alfiobardolla.com/Compravendita

Prestiti INPDAP 2014

Condizioni Riservate Dip. Pubblici Fino a 75.000 € con Rate comode
dipendentistatali.it/DipPubblici

Impianto Fotovoltaico

-70% e con l'Accumulo azzero la Bolleta. Scopri Perché !
preventivi-fotovoltaico.com

Lascia il primo commento a questo articolo

Scrivi il tuo commento

Entra nella community per lasciare un commento

Accedi

Registrati

[Leggi Termini e condizioni](#)
[Leggi Regole della Community](#)

Invia

Permalink

<http://www.sanita.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2014-07-23/esclusi>



le cifre del nonprescription

Sfogliala PDF »

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

Invia un quesito »

Ultimi quesiti:

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

▼ FERIE DONATE A FAVORE DI UN COLLEGA

Siamo un gruppo di infermieri che lavora in un ospedale del Nord e volevamo sottoporre un caso di...

Vedi tutti i quesiti »

Nel dl p.a. svolta sulla responsabilità civile dei medici. Mini-enti, slitta l'associazionismo

La sanità dovrà assicurarsi

Obbligo di polizza per Asl, ospedali e strutture private

DI FRANCESCO CERISANO

Assicurazione dei medici a carico delle strutture (pubbliche, private o convenzionate col Ssn) presso cui lavorano. Con il rischio che i costi sostenuti vengano poi scaricati sugli utenti finali. Le polizze saranno obbligatorie e copriranno sia la responsabilità civile verso terzi sia quella verso i prestatori d'opera, al fine di tutelare i pazienti e il personale.

Il problema della mancanza di copertura assicurativa per i camici bianchi (sollevato ieri da *ItaliaOggi* che ha denunciato i ritardi nell'approvazione del regolamento attuativo della legge Balduzzi e l'assenza di un fondo per i rischi sanitari a tutela dei medici senza copertura) sembra aver trovata un'immediata, seppur parziale, soluzione nella riforma della p.a. (dl n. 90/2014) che ha imbarcato un emendamento del Pd approvato in commissione affari costituzionali.

L'assicurazione obbligatoria, imposta alle aziende del Servizio sanitario nazionale, alle strutture private autonome o accreditate con il Ssn e a tutti gli altri enti che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi, non risolve infatti il problema della copertura assicurativa per le prestazioni

di libera professione erogate dai medici autonomamente e non in regime di intramoenia. Ma, soprattutto, nulla si dice sul fondo rischi, il vero cuore della legge Balduzzi (legge n. 158/2012), pensato per garantire idonee coperture assicurative a chi opera nelle cosiddette aree a rischio (ginecologia, chirurgia, ortopedia e anestesia). Oltre all'assicurazione dei medici, la commissione ha approvato ulteriori proposte di modifica, dalla rimodulazione della soppressione delle sedi decentrate dei Tar, alle sanzioni per le p.a. che non mettono in rete i dati consentendone l'accesso online, dalle sanzioni per liti temerarie alla proroga, l'ennesima, per l'esercizio associato delle funzioni fondamentali nei piccoli comuni. Vediamole nel dettaglio.

Cancellati solo tre Tar. Rispetto al testo originario del decreto, il disboscamento delle sezioni distaccate dei Tar risulta molto attenuato. Degli otto Tar locali a rischio, solo quelli di Latina, Parma e Pescara verranno cancellati, mentre si salvano gli altri cinque (Salerno, Reggio Calabria, Lecce, Brescia e Catania) in quanto ubicati in città sedi di Corte d'appello. La soppressione dei tre Tar scatterà dal 1° luglio 2015 e non dal 1° ottobre di quest'anno come previsto dal

dl 90. Entro il 31 marzo 2015, con dpcm verranno stabilite le modalità per trasferire alle sezioni centrali dei Tar il contenzioso pendente presso le sezioni soppresse. Entro fine anno il governo, sentito il Consiglio di presidenza della giustizia amministrativa, presenterà al parlamento una relazione sull'assetto organizzativo dei Tar che analizzerà i costi delle sedi e del personale, nonché il carico di lavoro e l'organizzazione degli uffici.

Moduli standard disponibili su internet. Un emendamento dei deputati Ncd Dorina Bianchi, Raffaello Vignali e Filippo Piccone prevede invece che i moduli standardizzati per la compilazione delle pratiche telematiche delle imprese siano resi disponibili sul sito www.impresainungiorno.gov.it entro 60 giorni dall'approvazione.

Sanzioni per le p.a. che non mettono in rete i dati. Un emendamento di Renato Brunetta, che riscrive gli obblighi di trasparenza per le p.a., prevede sanzioni da 1.000 a 10.000 euro a carico del soggetto responsabile del mancato caricamento in rete dei dati che le p.a. sono tenute a rendere disponibili online.

Liti temerarie, un tetto alle sanzioni. In caso di lite temeraria, il giudice potrà condannare, anche d'ufficio,

la parte soccombente a pagare una somma di denaro determinata in via equitativa. Fin qui il testo originario dell'art. 41 del decreto a cui l'emendamento del relatore Andrea Fiano aggiunge un'importante precisazione: la multa per lite temeraria non potrà superare il doppio delle spese liquidate.

Piccoli comuni, l'associazionismo slitta ancora.

Il governo ha preso atto del mancato rispetto da parte dei piccoli comuni della scadenza del 30 giugno entro cui i mini-enti avrebbero dovuto associare ulteriori funzioni fondamentali (oltre alle tre già associate entro il 31 dicembre 2012). Anche a causa della tornata elettorale di maggio, la stragrande maggioranza delle amministrazioni non è riuscita a centrare la scadenza che per effetto di un emendamento del governo è slittata al 30 settembre 2014.

Si allungano i tempi per l'approdo in aula. Intanto, è stata ufficializzata la proroga per l'approdo in aula del testo. La discussione generale sul dl p.a., attesa alla camera per l'inizio di questa settimana, comincerà lunedì 28 luglio. Ad annunciare il vicepresidente di Montecitorio Luigi Di Maio precisando che il rinvio è stato deciso «su richiesta della commissione referente».

© Riproduzione riservata



Risponde
Sergio Romano



SE I GIUDICI FANNO I DOTTORI STORIE DI MEDICINA ITALIANA

Il 12 luglio un'ordinanza del Tribunale dell'Aquila ha imposto che una bimba di 2 anni tornasse a essere sottoposta a infusioni del metodo Stamina. Si tratta dell'ultima di una serie di ordinanze che si sono espresse in modo simile. Ma quale legge attribuisce a un giudice il potere di curare un ammalato con metodologie non riconosciute dalla scienza medica? È giusto che un simile enorme potere sia scevro da responsabilità?

Pietro Volpi
pietrovolpi@virgilio.it

Caro Volpi,
Cercherò di risponderle servendomi degli studi di Carlo Cipolla, uno dei più geniali storici economici della seconda metà del Novecento. Dopo avere scritto libri su temi poco

convenzionali come l'influenza degli orologi sulla vita sociale del tardo Medioevo, Cipolla studiò a lungo la peste e le misure adottate nel XVI e nel XVII secolo per combatterla e, soprattutto, prevenirla in città dell'Italia settentrionale e nel Granducato di Toscana. Con parecchi anni d'anticipo sugli Stati dell'Europa centro-settentrionale furono istituite speciali magistrature che avevano in materia sanitaria competenze legislative, giudiziarie ed esecutive. In una serie di conferenze pronunciate all'Università del Wisconsin nel settembre 1978, Cipolla spiegò che questi magistrati della Sanità allargarono progressivamente la sfera delle loro prerogative sino a occuparsi di funerali, sepoltura dei morti, trattamento dei beni alimentari, sistemi fognari,

ospedali, locande, prostituzione. La frontiera della buona sanità giungeva sino alla Toscana meridionale. A Roma i funzionari della Sanità venivano nominati soltanto quando vi erano sospetti d'epidemia; a Napoli vi erano strutture sottosviluppate caratterizzate da corruzione e inefficienza.

Col passare del tempo, tuttavia, i magistrati della Sanità divennero sempre più rigorosi e quindi spesso invisibili alle popolazioni. Ordinavano l'isolamento dei malati e dei loro familiari, la chiusura dei mercati, la distruzione di tutto ciò che poteva essere contaminato, la requisizione dei monasteri da usarsi come ospedali. Erano misure molto utili, ma accadeva anche che certe decisioni, in parecchi casi, finissero per collidere con i criteri e i metodi dei

medici. Cipolla ricorda, a questo proposito, un episodio interessante. Quando la Sicilia fu colpita da una influenza epidemica nel 1557, il dottor G. F. Ingrassia inviò all'amministrazione di Palermo questa comunicazione:

«Le vostre Signorie non dovrebbero pretendere da noi medici informazioni sulle nostre terapie perché la responsabilità di fornirle al singolo paziente è soltanto nostra; ciò che le Signorie possono pretendere da noi è una consulenza sul modo migliore di rendere un servizio alla collettività». In altre parole, osservò Cipolla, la terapia doveva riguardare soltanto il medico, che ne era responsabile di fronte al paziente, mentre i magistrati della sanità dovevano provvedere soltanto alla prevenzione nell'interesse della collettività.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL GUARDASIGILLI ORLANDO: «SPETTA A LORO INTERPRETARE LE LEGGI»

Caos Stamina a Brescia il ministro si tiene fuori: “Decidono i giudici”



Il Guardasigilli Andrea Orlando

PAOLO RUSSO
ROMA

Su Stamina il ministero della giustizia «non ha il potere di intervenire nel merito delle decisioni dell'autorità giudiziaria, che può interpretare le leggi autonomamente». Il Guardasigilli ha speso così le speranze di chi auspicava un intervento del governo per porre fine al caos di Brescia. Intervenedo al Senato nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul caso Stamina il titolare di via Arenula, Andrea Orlando, è stato chiaro: «Sarà necessario attendere la relazione finale del Comitato scientifico per un inquadramento definitivo della vicenda». Che vede giudici del lavoro imporre a Brescia infusioni ritenute pericolose, oltre che una truffa, dalla Procura di Torino. Ciascun giudice, ha spiegato il ministro «può interpretare le leggi autonomamente, ed è quindi possibile che le singole

autorità giudiziarie diano diverse interpretazioni». E a chi sostiene che la magistratura abbia supplito alle carenze della politica Orlando ha replicato che questo è avvenuto «per la necessità di attendere i tempi scientifici di validazione o meno del metodo».

Certo è che per il Ministro non è colpa dei giudici se il quadro normativo su questa vicenda è diventato via via più confuso. Parlando di «complesso e variegato quadro normativo» Orlando si è soffermato in particolare su due provvedimenti. Il primo è il cosiddetto decreto Turco-Fazio sulle cure compassionevoli del 2006, «che prevede la possibilità di utilizzare medicinali per terapia genica e cellulare al di fuori delle sperimentazioni cliniche su singoli pazienti in mancanza di valida alternativa terapeutica, nei casi di urgenza ed emergenza che pongono il paziente in pericolo di vita».

Il ministro non lo dice, ma la formulazione troppo vaga e il riferimento all'utilizzo di tera-

pie che non hanno nemmeno superato la fase uno della sperimentazione, quella che deve garantirne almeno la sicurezza, sono state uno dei grimaldelli che hanno permesso a Stamina di imporre il proseguimento dei trattamenti. Tanto più se «in tale situazione di travaglio giurisprudenziale è intervenuto il decreto legge del 21 marzo 2013», quello promulgato da Balduzzi, che, ricorda i Guardasigilli «ha autorizzato il completamento del trattamento a base di cellule staminali nelle strutture pubbliche nelle quali era stato avviato». Brescia appunto. La vicenda - ricorda Orlando - «ha poi avuto anche un'eco comunitaria dinanzi alla convenzione europea per i diritti dell'uomo», che ha giudicato una ingerenza nella vita privata di un ricorrente la decisione del tribunale di Trieste di rifiutare l'accesso alla terapia.

«Mi preme ricordare che ai giudici è spettato l'ingrato compito di decidere con rapidità, a fronte di una normativa

in progredire e di accertamenti di natura amministrativa complessi e di lunga durata sul riconoscimento del diritto di accedere a cure la cui validità scientifica è ancora in corso di accertamento», ha dichiarato in chiusura il Ministro. Che con il riferimento alle «lungaggini» è sembrato auspicare una più rapida conclusione dei lavori del Comitato scientifico, che sembrano invece slittare alle calende greche. Mentre sulla confusione di leggi e decreti è stato più esplicito, invitando il Parlamento «a una migliore definizione dell'attuale normativa di settore».

Se i giudici sono di fatto stati assolti dal loro ministro non altrettanto si può dire per almeno una parte dei giornalisti che ha seguito la vicenda. «L'informazione ha più di una volta ceduto alla tentazione del sensazionalismo, sfruttando l'immagine dei bambini malati», è andato giù duro sempre al Senato il Garante della privacy, Antonello Soro. Chissà che qualcuno non sia tentato di legiferare anche su questo.

«Necessario attendere la relazione finale del comitato scientifico»

L'invito al Parlamento: «L'attuale normativa di settore deve avere una migliore definizione»



Il «guru»
Davide Vannoni, presidente della Stamina Foundation La Procura di Torino per lui ha chiesto il rinvio a giudizio per truffa e associazione a delinquere

«Il Governo risolve la questione Stamina»

L'INTERVISTA

Donata Lenzi

Il Senato è "intasato", la Camera ha bocciato l'emendamento: «Tocca all'esecutivo, con un decreto Non sappiamo ancora cosa sia questa terapia...»

ADRIANA COMASCHI
BOLOGNA

In Italia c'è un'emergenza, e non è solo quella delle riforme. I fatti di cronaca degli ultimi giorni segnalano al governo che c'è un altro fronte su cui solo l'esecutivo può e deve intervenire con celerità. È quello evidenziato dall'intera vicenda Stamina, e che però va molto al di là del destino di Davide Vannoni e dei suoi pazienti. Questa la sollecitazione della deputata Pd Donata Lenzi, capogruppo in commissione Affari sociali e dunque al lavoro proprio sui nodi della sanità, oltre che autrice (con la collega dell'Unità Paola Benedetta Manca) del volume «Stamina. Una storia italiana».

Onorevole, con il rinvio a giudizio di Vannoni e la ripresa delle infusioni agli Spedali di Brescia il "metodo" Stamina torna a dividere.

«Siamo davanti a un paradosso, nato dall'azione dei tribunali per obbligare i sanitari ad applicare il "metodo" Stamina a chi ne aveva fatto richiesta. O i medici danno applicazione alle ordinanze, rischiando così di venire indagati dal Pm Raffaele Guariniello insieme a Van-

noni. Oppure si rifiutano, e in questo caso rischiano di essere perseguiti per non avere ottemperato alle indicazioni dei magistrati che hanno accolto le richieste dei pazienti di Vannoni. Si deve fare chiarezza sulla difficile posizione dei sanitari».

Lei ha presentato un emendamento a partire dal dibattito su Stamina. Di che si tratta?

«Insieme ad alcune colleghe mi sono mossa alla Camera per dire basta a terapie segretate in laboratori pubblici. Non ci può essere la somministrazione in ospedali pubblici di sostanze, in parte derivate da cellule staminali manipolate, che non siano completamente tracciabili, in modo segreto nei confronti rispetto ad altri operatori del laboratorio pubblico. Questo il senso del nostro emendamento».

La proposta però non è passata, è così?

«La bocciatura è arrivata lunedì, il veicolo del decreto sulla pubblica amministrazione è stato giudicato inadatto. Altre volte avevamo provato a intervenire su questo problema, ma non è mai andata a buon fine».

Il tema esiste, come rilanciare?

«Penso che non sia il Parlamento a poterlo affrontare, ora come ora, al di là dell'indagine conoscitiva in corso da sei mesi al Senato sulla nascita del fenomeno Stamina. Palazzo Madama mi sembra impegnato con le riforme, alla Camera è andata come ho detto: questo mi fa dire che abbiamo bisogno che sia il governo a prendere in mano la situazione. In caso contrario dovremmo fare una proposta di legge, che ha tempi più lunghi. Per avere un "treno veloce" serve un decreto, e dunque un'iniziativa dell'esecutivo».

È una prospettiva plausibile?

«Quello che mi preoccupa è il silenzio

che si è steso sulla questione Stamina: nessuno ha voglia di affrontarla, perché certo è un tema delicato, che chiama in causa aspetti etici e tocca la sofferenza delle famiglie. Così però il problema rimane lì: in Italia si sta chiamando "terapia" una pratica che non sappiamo bene in cosa consista, perché una sua parte è secretata, non autorizzata ma disposta in base a ordinanze della magistratura, ormai siamo a ben 530. In altri paesi europei, quando c'è un'ordinanza dell'autorità sanitaria di controllo (nel nostro caso l'Aifa) nessuno la mette in discussione, da noi partono proteste e ordinanze».

Il ministro Lorenzin ha detto che «c'è un problema nel rapporto tra giustizia e scienza, dopo che si sarà espresso il Comitato potremo cercare di capire se ci può essere un codice deontologico diverso». Non basta?

«Ci sono stati la nostra sollecitazione e i fatti di questi giorni, in generale ciclicamente se ne torna a parlare ma manca la riflessione che la questione meriterebbe. E intanto si accumulano brutti precedenti: i magistrati si spingono a fare vere e proprie prescrizioni mediche, oltre a intervenire pesantemente nell'organizzazione dell'ospedale nominando commissari degli esterni che possono arrivare lì e dare ordini. In questo momento agli Spedali di Brescia c'è Andolina (vicepresidente Stamina Foundation ndr), nominato dal tribunale di Pesaro, la biologa Molino e il presidente dell'ordine dei medici di Trapani nominato da Trapani. È il caos. Di questo devono discutere governo e Parlamento, non della cura Stamina: ovvero di come evitare in futuro che la magistratura prenda decisioni sanitarie, tecnico scientifiche che in altri paesi europei sono deputate esclusivamente a organismi tecnico scientifici».





SALUTE

Ricerca: Dna a volte si ingarbuglia, campi elettrici per 'sciogliere' nodi

23/07/2014 17:36

Roma, 23 lug. (AdnKronos Salute) - Come tutti, anche il Dna ha qualche vizio. Uno di questi è quello di ingarbugliarsi come fosse una corda e, proprio come una corda, formare dei nodi. Gli scienziati questi nodi li studiano, sia per comprenderne la funzione, sia per capire come scioglierli, per esempio nelle tecniche di sequenziamento genico. Cristian Micheletti, professore della Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (Sissa) di Trieste e il suo team conducono da anni ricerche in cui simulano questi nodi e la loro dinamica. E

hanno trovato una soluzione per 'scioglierli'. Nell'ultimo studio appena pubblicato sulla rivista *Soft Matter*, Micheletti, insieme a Marco Di Stefano - primo autore e dottorando alla Sissa - e ai colleghi di Lubiana e San Diego, hanno ideato e testato una metodologia che si basa sull'applicazione di campi elettrici e 'pinzette ottiche'. Questo perché il Dna è una molecola elettricamente carica, che reagisce alla presenza di cariche opposte. "Nel nostro studio teorico-computazionale, abbiamo preso in considerazione - spiega il professor Micheletti - un filamento di Dna 'teso', con gli estremi cioè immobilizzati da due pinzette ottiche che fungono da ancore per tenerli separati. Siamo riusciti a far scivolare il nodo, inserito nella configurazione, accendendo un campo elettrico. Provate a immaginare - continua - una corda annodata che viene tenuta sollevata da un estremo: scuotendola delicatamente si può far scendere giù il nodo con l'aiuto della forza di gravità. Una cosa analoga succede nei nostri esperimenti". "Il nostro lavoro", conclude Micheletti, "fornisce indicazioni utili per realizzare nuovi esperimenti dove il movimento dei nodi nel Dna può essere controllato dall'esterno". Finora, infatti, negli studi di questo genere il movimento del nodo era 'stocastico' - prodotto cioè dal rumore termico, il movimento casuale degli atomi prodotto dall'innalzamento della temperatura del sistema - e non in maniera direttamente controllata dallo sperimentatore.

Troppi grassi nella dieta e non si sentono più gli odori

Scienziati scoprono che una dieta ricca di grassi può inibire il senso dell'olfatto, facendo perdere la capacità di sentire gli odori. E il danno può restare anche se si cambia dieta e si perde peso



Mangiare male, ma soprattutto cibi ricchi di grassi, pare sia collegata alla perdita dell'olfatto, ossia la capacità di percepire gli odori.

Non sentire più gli odori è una condizione che molte persone, quando affette da un forte raffreddore, possono aver provato. E' una situazione fastidiosa perché, oltre a influire sul senso dell'olfatto, influisce anche sul senso del gusto. Ma, non sentire gli odori è non solo una condizione di disagio, ma **può avere anche ripercussioni sulla propria salute**: per esempio, non percepire un cattivo odore emesso da un cibo può far rischiare un'intossicazione.

Se dunque il naso tappato per via di una malattia da raffreddamento o da un'allergia condiziona la capacità di percepire gli odori, pare che a contribuire a questo problema ci sia anche l'abitudine a una dieta scorretta, come quella di assumere cibi ricchi di grassi. Questo quanto suggerito da un nuovo studio condotto dai neuroscienziati della Florida State University, che hanno trovato **un legame tra la dieta ricca di grassi e importanti cambiamenti strutturali e funzionali nel sistema olfattivo**, o senso dell'olfatto.

Il dott. Nicolas Thiebaud e colleghi hanno analizzato come la dieta delle persone potesse avere un impatto su tutta una serie di funzioni umane che non sono state tradizionalmente considerati in sede di esame circa l'impatto dell'obesità sull'uomo. I risultati, pubblicati sul *Journal of Neuroscience*, secondo i ricercatori aprono un ventaglio di possibilità per la ricerca sull'obesità.

In questo nuovo studio, i ricercatori hanno inteso valutare se l'esercizio fisico potesse ridurre l'impatto di **una dieta ricca di grassi sulla capacità di percepire gli odori** e l'olfatto in genere. Allo stesso modo, hanno voluto valutare se anche una dieta ricca di zuccheri può produrre gli stessi risultati negativi sull'olfatto di una dieta ricca di grassi.

I test, condotti su modello animale, hanno rivelato che una dieta ricca di grassi ha portato a una «marcata perdita di neuroni sensoriali olfattivi e loro proiezioni assonali dopo

un'esposizione a una dieta grassa, con una concomitante riduzione dell'ampiezza nell'elettro-olfattogramma».

Il problema è che **i danni al senso dell'olfatto permangono anche dopo che si è abbandonata la dieta ricca di grassi** e si è dimagriti, ritornando al peso ideale. Nello studio si è infatti osservato come i ratti che sono stati riportati a un'alimentazione normale, e che avevano perso il peso accumulato, avessero mantenuto la perdita di neuroni sensoriali olfattivi.

Se dunque notiamo una perdita dell'olfatto non giustificata da una congestione nasale, proviamo a dare un'occhiata alla dieta che seguiamo.

<http://www.lastampa.it/2014/07/23/scienza/benessere/alimentazione/troppi-grassi-nella-dieta-e-non-si-sentono-pi-gli-odori-7pQDz2XwgDEHPibBer1KSJ/pagina.html>

Cancro: oggi non più male incurabile

Per troppi anni il “cancro” è stato considerato argomento tabù, anche da parte dei media. Si utilizzava l’espressione “male incurabile”, per alludere alla malattia. Oggi non è più così. Lo scenario dell’oncologia è in rapida evoluzione, molte pazienti guariscono o comunque possono convivere a lungo con la malattia, rivendicando il diritto di tornare a un’esistenza normale. È quindi cresciuto il livello di consapevolezza fra i cittadini, che vogliono più notizie su tutti i temi medico-scientifici.

Ne è ben consapevole la Fondazione “Insieme contro il Cancro”, presieduta dal **prof. Francesco Cognetti**, che celebra il primo anno di attività con il libro “**Il male incurabile. I progressi nella lotta contro il cancro e il nuovo ruolo della comunicazione**”, presentato oggi, giovedì 24 Luglio, durante il convegno nazionale organizzato presso l’Auditorium del Ministero della Salute, a cui interverrà anche il Ministro on. Beatrice Lorenzin.

Il volume testimonia i passi in avanti nella battaglia contro la malattia, grazie alla ricerca, alle nuove terapie, alla diagnosi precoce e alla prevenzione, e contiene un approfondimento su come i media trattano l’argomento “cancro”, con interviste a direttori di testate giornalistiche nazionali (Giulio Anselmi-ANSA, Bianca Berlinguer-Tg3, Mario Calabresi-La Stampa, Virman Cusenza-Il Messaggero, Ferruccio de Bortoli-Corriere della Sera, Roberto Iadicicco -AGI, Bruno Manfellotto-l’Espresso, Giuseppe Marra-AdnKronos, Ezio Mauro-la Repubblica, Mauro Mazza-Rai Sport, Clemente Mimun-Tg5, Andrea Monti-La Gazzetta dello Sport, Roberto Napoletano-Il Sole 24 Ore, Luciano Onder-Tg2, e Alessandro Sallusti-Il Giornale).

Tra le testimonianze dei pazienti, quelle di Nicola Pietrangeli, considerato il tennista italiano più forte di tutti i tempi, e di Roberto Gervaso, giornalista e scrittore. Interverrà anche il Ministro della Salute, on. Beatrice Lorenzin