

La classifica delle Regioni. Più controlli, spesa giù dell'1% Sanità, rapporto sul deficit Tagli a farmaci e personale, ora migliorano i conti

di ANTONELLA
BACCARO

Migliorano i conti della sanità pubblica: il 2013 si è chiuso con un disavanzo di 1,86 miliardi e un calo della spesa cor-

rente dell'1%, poco più di 109 miliardi, pari al 7% del Prodotto interno lordo. La decrescita media negli ultimi quattro anni

è stata dello 0,4%. Il buon risultato, secondo la Ragioneria generale dello Stato, è dovuto al «potenziamento degli strumenti

di analisi e di controllo della spesa». Tuttavia, l'andamento è ancora disomogeneo perché il 47% circa del disavanzo è generato da Regioni e Province autonome.

A PAGINA 6 Ravizza

In Aula

Mercoledì in Parlamento il ministro Lorenzin illustrerà le cifre del nuovo patto per la Salute

Approfondimenti

L'analisi della Ragioneria generale dello Stato

COSTI DEL PERSONALE E FARMACI I RISPARMI DELLE REGIONI SULLA SANITÀ

Primi risultati del contenimento della spesa. La voragine delle aree a statuto speciale

ROMA — La sanità italiana chiude il 2013 con un disavanzo di 1,86 miliardi e un calo della spesa corrente dell'1% pari a poco più di 109 miliardi, pari al 7% del Pil (Prodotto interno lordo) accreditando una decrescita media negli ultimi quattro anni dello 0,4%. Il contenimento della dinamica riguarda tutte le componenti, soprattutto la spesa per il personale dipendente e per la farmaceutica convenzionata.

È il quadro tracciato dall'analisi della Ragioneria generale dello Stato per il 2013 sugli enti che producono servizi sanitari controllati dalle Regioni e ricompresi nei rispettivi Servizi sanitari regionali: le Asl, le Aziende ospedaliere, gli Irccs e i Policlinici universitari. Se poi si allarga lo sguardo alla spesa sanitaria degli enti locali e di altri enti, quali, ad esempio, la Croce Rossa Italiana, il calo del 2013 si riduce allo 0,3% e quello degli ultimi quattro anni arriva all'1%.

Il giudizio della Ragioneria

Mentre il nuovo patto per la Salute arriva in Parlamento mercoledì prossimo, con l'audizione in commissione Affari sociali della Camera, del ministro Beatrice Lorenzin che dovrà illustrare lo stato di avvan-

mento con le Regioni, la Ragioneria intanto segnala il buon risultato del «potenziamento degli strumenti di analisi e di controllo della spesa sanitaria» che si è tradotto nel rafforzamento degli «strumenti di previsione sempre più efficaci» ai fini della programmazione finanziaria. Tant'è che nell'ultimo quinquennio «i livelli di spesa effettivamente registrati a consuntivo sono risultati costantemente contenuti nell'ambito di quanto programmato». Il progresso fa dire alla Ragioneria che «il settore sanitario contribuisce positivamente al contenimento della dinamica della spesa pubblica».

Certo, l'andamento è ancora disomogeneo: nel 2013, il 47% circa del disavanzo sanitario complessivo è generato da Regioni e Province autonome. La riduzione della spesa si registra principalmente nelle Regioni sottoposte a piano di rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia) e in quelle con piano di rientro «leggero» (Piemonte e Puglia). Le prime nel periodo 2010-2013 hanno ridotto la spesa in media dell'1% annuo, mentre le seconde dell'1,2% medio annuo. Le Regioni non in piano di rientro (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche

e Basilicata) hanno registrato un leggero incremento, pari allo 0,1%, mentre le Regioni e le Province a statuto autonomo, che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria senza onere a carico dello Stato (Val d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Trento e Bolzano), evidenziano un incremento medio annuo dello 0,7%.

In generale la spesa per il personale passa da un incremento medio annuo del 2,4% nel periodo 2006-2010 a una riduzione dell'1,4% nel periodo 2010-2013. Il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale, passa dal 33,2% nel 2010 al 32,2% nel 2013. Nel contenimento della dinamica per il personale hanno influito la riconferma del blocco del *turn over* per le Regioni sotto piano di rientro (totale o parziale), il blocco delle procedure contrattuali per il periodo 2010-2012 e il congelamento dei livelli retributivi a quelli vigenti nell'anno 2010, fatto salvo il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale.

Regioni a autonomia

Le Regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 5% nel periodo 2006-2010 ad un incremento medio annuo dello 0,7% nel periodo 2010-2013. Il peso della

spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale nell'anno 2013 si mantiene stabile al valore registrato nell'anno 2010 (39,6%).

Sempre con riguardo alla spesa corrente, quella per i prodotti farmaceutici passa da un incremento medio annuo del 12,6% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo del 3,8% nel 2010-2013. Anche se il peso della spesa di questi prodotti su quella sanitaria totale passa dal 6,7% nel 2010 al 7,6% nel 2013. Nelle Regioni autonome il calo è sensibile: da un incremento medio annuo del 14,6% nel periodo 2006-2010 si passa a un aumento del 2,2%.

Anche l'esborso per altri beni e servizi passa da un +3% a un +0,9%. Relativamente alle Regioni autonome, il tasso di crescita medio è del 2,5% nel periodo 2010-2013. La me-

dicina di base passa da un incremento medio annuo del 2,5% nel periodo 2006-2010 a un +0,3% nel 2010-2013. La sostanziale stabilità di tale voce è dovuta soprattutto al blocco del rinnovo delle convenzioni di medicina di base e al congelamento dei livelli retributivi a quelli in vigore nell'anno 2010, in analogia a quanto previsto per il personale dipendente. Anche nelle Regioni autonome si assiste a un dimezzamento dell'incremento di questa spesa. Infine la farmaceutica convenzionata, che passa da una riduzione media annua del 3,1% nel periodo 2006-2010 a una riduzione media annua del 7,7% nel periodo 2010-2013. Mentre per le Regioni autonome la riduzione è da -1,3% a -5,6%.

Bilanci e previsioni

Quanto ai risultati delle Regioni, nell'ultima riunione del Tavolo di monitoraggio dell'aprile scorso, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche hanno riportato risultati di esercizio positivi per il 2013. I disavanzi di Liguria e Basilicata sono stati coperti con risorse regionali. Ancora in «rosso» le Regioni in piano di rientro «leggero»: Piemonte (-41 milioni) e Puglia (-39). Tra quelle in piano di rientro, va registrato l'avanzo di Abruzzo (341 milioni) e Campania (6 milioni), restano indietro il Lazio (-700 milioni), la Sicilia (-102), il Molise (-51), la Calabria (-30).

La cura funziona, almeno per i bilanci. Spesso a spese dei cittadini, che pagano i disavanzi con aumenti di tasse e di ticket o vedono i servizi ridursi. La previsione di spesa per il 2014 è in crescita del 2%.

Antonella Baccaro

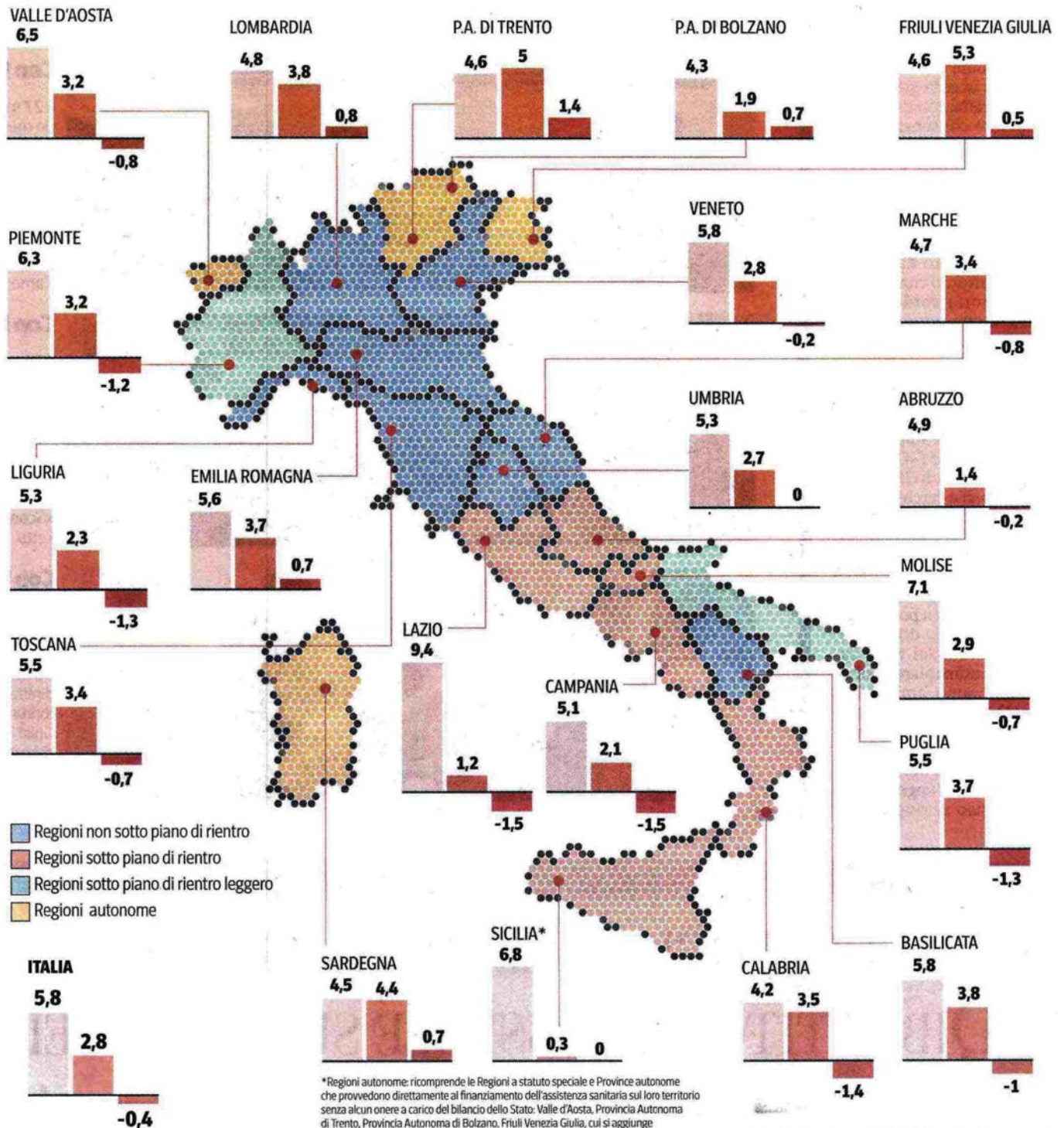
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le cifre

La spesa sanitaria in Italia

Var% 2002-2006 Var% 2006-2010 Var% 2010-2013



Fonte: Ragioneria generale dello Stato CORRIERE DELLA SERA

L'orientamento della giurisprudenza tributaria: manca l'autonoma organizzazione

Irap, fatti salvi i camici bianchi

Le professioni sanitarie non rientrano nei presupposti

Pagina a cura
DI ANDREA BONGI

Le professioni sanitarie sono fuori dall'Irap. Non costituiscono autonoma organizzazione e quindi il presupposto per l'applicazione del tributo regionale né l'esercizio dell'attività all'interno di strutture poliambulatoriali né l'utilizzo di un dipendente con mansioni amministrative e di segreteria. Anzi. Dotarsi di un minimo di struttura e della collaborazione di un dipendente può essere indice di un corretto adempimento da parte del medico stesso agli obblighi a esso imposti dalla convenzione con il servizio sanitario nazionale.

È questo l'orientamento, ormai consolidato, della giurisprudenza tributaria sia di legittimità che di merito, sull'annosa questione dell'assoggettamento all'Irap delle professioni sanitarie.

Nella tabella in pagina sono riportate le più recenti sentenze con le quali la Cassazione e alcune Corti di merito hanno riconosciuto il diritto del libero professionista alla restituzione dell'imposta regionale pagata in assenza di autonoma organizzazione. I principi contenuti in tali sentenze e in quelle precedenti possono ritenersi ormai così consolidati che, stando a quanto risulta a *ItaliaOggi Sette*, in molti casi gli uffici periferici delle Entrate procedono al rimborso dell'imposta già nella fase amministrativa del re-

clamo contro il silenzio rifiuto formatosi sull'istanza di rimborso presentata dal professionista. In molti casi, infatti, l'importo chiesto a rimborso risulta inferiore ai ventimila euro per cui contro il silenzio rifiuto al rimborso la fase del reclamo ex articolo 17-bis del dlgs 546/92, diviene il passaggio obbligato.

Ciò premesso vediamo più in dettaglio i contenuti di alcune delle sentenze in rassegna.

Il pensiero della Corte di cassazione. Entrambe le sentenze citate si basano su di un presupposto comune: l'esercizio della professione del medico di base con l'utilizzo di un dipendente part-time, non costituisce presupposto imponible ai fini del tributo regionale sulle attività produttive. Secondo la sesta sezione civile della suprema corte infatti le sentenze emesse dai giudici delle commissioni regionali che avevano disposto il rimborso dell'imposta a favore dei medici di base erano da ritenersi adeguatamente motivate in ordine alla non sussistenza di una stabile organizzazione a supporto dell'attività svolta dai contribuenti. La sussistenza di un dipendente part-time, si legge nelle due sentenze richiamate, non costituisce elemento che di per sé provi l'assunto dell'Agenzia, specie in relazione a un medico di base tenuto, nell'interesse della sanità pubblica, a un'efficienza e continuità di servizio.

Secondo la Cassazione

dunque il medico in convenzione con la Asl ha la necessità di dotarsi un minimo di organizzazione per poter correttamente adempiere ai suoi obblighi contrattuali senza che ciò possa far presupporre la sussistenza di una stabile organizzazione con il conseguente assoggettamento all'Irap del reddito di lavoro autonomo percepito.

La posizione delle corti di merito. Secondo la Ctr Toscana (sentenza n. 588/2014) è da ritenersi escluso dall'imposta regionale sulle attività produttive anche il medico di base che utilizza due unità locali in strutture dislocate in zone diverse del territorio di sua competenza. La presenza di due studi medici, si legge nella sentenza in commento, dislocati in località diverse non può essere considerato elemento determinante per ritenere che l'attività sia stata svolta in presenza di una autonoma organizzazione, perché la convenzione sottoscritta dal medico con il servizio sanitario nazionale impone al professionista di garantire la difesa della salute pubblica che può avvenire anche attraverso presenze settimanali in più studi ambulatoriali.

Ragionando in altri termini, conclude la regionale toscana, si arriverebbe a conclusioni di per sé assurde finendo per dichiarare non autonomamente organizzato il medico che opera in un solo ambulatorio e, al contrario, autonomamente

organizzato lo stesso medico se opera in più di una unità locale.

Sullo stesso tenore la Ctr di Bari (sentenza n. 349/2014) ha ritenuto privo del requisito dell'autonoma organizzazione e dunque non assoggettabile all'Irap, il medico generico che si avvale delle prestazioni occasionali di un dipendente. L'esame dei compensi corrisposti negli anni oggetto di indagine al dipendente, dimostra infatti come l'apporto dello stesso sia limitato soltanto ad alcuni giorni dell'anno senza per ciò influire sull'organizzazione dell'attività professionale.

In tale senso i giudici del capoluogo pugliese, richiamando espressamente la sentenza n. 22020 del 12/6/2013 della Cassazione, hanno ritenuto di poter affermare come nel caso di specie la disponibilità di un dipendente (magari part-time o con funzioni meramente esecutive) non accresce la capacità produttiva del professionista, non costituisce un fattore impersonale e aggiuntivo alla produttività del contribuente, ma semplicemente una comodità per lui e per i suoi pazienti.

Anche in questo caso se si ragionasse al contrario e si ritenesse assoggettabile all'Irap, perché dotato di autonoma organizzazione, il medico che si avvale di un dipendente si finirebbe, conclude la Ctr Bari, per assoggettare quest'ultimo ad una sorta di sanzione in grado di scoraggiare l'assunzione di dipendenti.

—© Riproduzione riservata—

Esclusione Irap dei medici - la giurisprudenza più recente

Cassazione, sentenza n. 3758 del 18.2.2014	La presenza di un dipendente part-time non costituisce stabile organizzazione specie in relazione a un medico di base tenuto nell'interesse della sanità pubblica a un'efficienza e continuità di servizio
Cassazione, sentenza n. 958 del 17.1.2014	Il medico di base che si avvale di un dipendente part-time e degli elementi strumentali di base non è soggetto a Irap poiché tali dotazioni sono finalizzate alla realizzazione della convenzione con la sanità pubblica
Ctr Toscana, sentenza n. 588 del 24.3.2014	Non è soggetto a Irap il medico convenzionato con la Asl che dispone di due studi medici di cui uno all'interno di un poliambulatorio in condivisione con altri medici e con dotazioni strumentali di base
Ctr Puglia, sentenza n. 349 del 14.2.2014	Non è soggetto a Irap il medico generico che si avvale della collaborazione occasionale di un dipendente desumibile dall'esiguità dei compensi corrisposti poiché tale spesa non accresce la capacità produttiva né autonoma organizzazione
Ctr Toscana, sentenza n. 194 del 18.12.2013	Non è soggetto a Irap il medico di medicina sportiva che svolge la sua attività presso la società sportiva dalla quale ha avuto l'incarico di assistere gli atleti

Medico sportivo non assoggettabile

Fuori dall'Irap anche il medico sportivo. Non può essere considerato assoggettabile all'imposta regionale, perché autonomamente organizzato, il medico che svolge la propria attività libero professionale prestando assistenza agli atleti di una squadra di ciclismo. È quanto disposto dalla Ctr Toscana (sentenza n. 194/2013), che ha ribaltato completamente il giudizio di primo grado chiuso favorevolmente per l'agenzia delle entrate.

Secondo la regionale dall'esame del caso concreto è emerso che il professionista è legato da un incarico monomandatario di assistenza verso gli atleti di una società sportiva presso la quale in occasione di gare e ritiri svolge la sua attività professionale avvalendosi delle attrezzature e dei beni messi a sua disposizione dalla società sportiva stessa.

In un caso come quello di specie, si legge in sentenza, si è in presenza di un inserimento del professionista in un'attività organizzata altrui e non già del potenziamento dell'attività del libero

professionista.

Non è il medico a mettere a disposizione della propria clientela un insieme di beni e attrezzature per lo svolgimento delle visite sportive ma è il medico stesso a usufruire delle strutture e dei beni posti a sua disposizione dal suo unico cliente che è la società sportiva proprietaria dei beni stessi.

Quello deciso dai giudici fiorentini è senz'altro un caso interessante. Nel corpo della sentenza si fa riferimento anche a pronunce di segno esattamente contrarie nelle quali per le attività di medicina dello sport, tenuto conto dell'entità della strumentazione e delle attrezzature necessarie, si è riconosciuto il requisito dell'autonoma organizzazione con il conseguente assoggettamento ad Irap del medico. In questo caso invece è proprio il fatto di esercitare e svolgere l'attività nei locali e con le attrezzature della società sportiva a sgombrare il campo dai dubbi e far dichiarare il medico sportivo in questione escluso dall'Irap.

Medici, il governo tenta di fermare la fuga

STANZIATI NUOVI FONDI (6 MILIONI DI EURO PER IL 2014 E 42 PER IL 2015) CON L'OBIETTIVO DI AUMENTARE IL NUMERO DEI POSTI A DISPOSIZIONE PER CHI VUOLE EFFETTUARE IN ITALIA LA SPECIALIZZAZIONE CHE È DIVENTATA SEMPRE PIÙ DIFFICILE DA RAGGIUNGERE PER LA CARENZA DI POSTI

Catia Barone

Non tutti i neolaureati in Medicina finiranno nel primo cerchio dell'inferno di Dante Alighieri, il buio e nebbioso limbo dei tempi moderni destinato a chi resta fuori dalle scuole di specializzazione. Si perché il governo ha deciso di stanziare nuovi fondi (6 milioni di euro per il 2014 e 42 per il 2015) con l'obiettivo di aumentare il numero dei posti a disposizione per chi vuole terminare in Italia la formazione post lauream. Ma si tratta di un intervento sufficiente o è solo un modo per arginare l'emergenza? «Riportare a normativa vigente 5.000 contratti di formazione specialistica (dai 2.500 previsti) è senz'altro un buon segnale - sostiene Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici e chirurghi odontoiatri -. Si può però fare di più e meglio, ridiscutendo il sistema formativo nel suo complesso e la praticabilità stessa di un mercato del lavoro in cui vi sono molti vincoli». Sulla stessa linea si posiziona Walter Mazzucco, presidente dell'associazione italiana giovani medici (Sigm): «Lo stanziamento dei fondi risolve sicuramente l'emergenza, ma vanno messe in campo anche soluzioni strutturali. L'eserci-

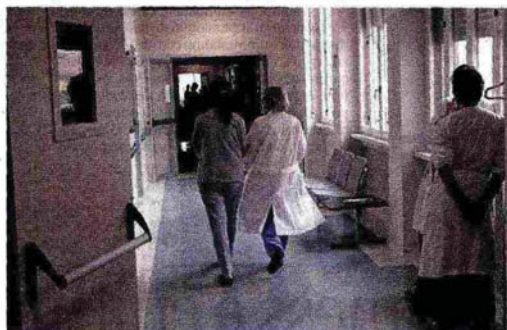
to degli studenti entrati a Medicina avanza e, in assenza di correttivi, il mismatch tra laureati e specializzandi non sarà più gestibile». La richiesta del presidente Mazzucco è chiara: «Dare subito il via alla razionalizzazione dell'attuale offerta formativa, ormai ipertrofica e di durata eccessiva per i profili specialistici».

Le nuove risorse dovrebbero derivare in parte - spiega il Governo - dall'applicazione di un contributo di segreteria, non superiore ai 100 euro, che i candidati dovranno versare per partecipare al concorso. Basterà? Secondo Filippo Anelli, presidente dell'ordine dei medici di Bari, si potrebbe fare di più: «Come? Dividendo il percorso universitario per trovare ulteriori fondi. La prima parte dovrebbe essere più teorica (svolta all'interno dell'università), la seconda più orientata al tirocinio con contratti di formazione-lavoro all'interno degli ospedali. Il costo del percorso formativo universitario graverebbe solo per la metà sul Miur (2 dei 4 anni di specializzazione), generando risparmi che potrebbero determinare il raddoppio del numero delle borse di studio».

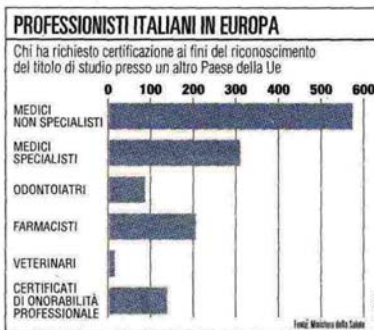
La criticità della situazione è emersa con forza negli ultimi anni, di fronte al continuo esodo dei neolaureati. Se ne vanno soprattutto in Francia, Svizzera, ma anche nel Regno Unito e nei Paesi del nord Europa. Questo perché l'Italia non garantisce pari opportunità ad un giovane medico: «Basti pensare che il criterio prevalente per la progressione di carriera è l'anzianità di servizio - spiega Walter Mazzucco, presidente

dell'associazione Sigm - e che, troppo spesso, il merito viene messo in secondo piano dalle ingerenze della politica nei processi decisionali della sanità. Oltre al problema del blocco del turn over». E così le storie dei giovani che lasciano l'Italia si moltiplicano. Danila Madonia, 25 anni, neolaureata in medicina e chirurgia presso il policlinico universitario Paolo Giaccone di Palermo si trasferirà a settembre a Örebro, in Svezia. Il motivo? La scarsa disponibilità di contratti in Italia e il sistema meritocratico all'estero. «La situazione attuale dei contratti di specializzazione nel nostro Paese è troppo incerta - dice Danila Madonia -. Confrontarsi con realtà diverse dà soddisfazione, ma è sconcertante dover rivoluzionare i propri progetti di vita per riuscire a concretizzare delle ambizioni. Il confronto e la critica dovrebbero essere un arricchimento della propria formazione, non un'alternativa». Federica Chiale, laureata all'università di Torino, ha invece puntato sulla Svizzera, «perché la qualità della formazione è alta, perché ti scelgono se vali e se vogliono davvero investire su di te. Il nostro paese non permette ai laureati di medicina di terminare la loro formazione con la scuola di specializzazione. Crea solo dinamiche di privilegi, invidie, sotterfugi o semplicemente di abbandono. Continuerà ad essere così anche in futuro? Difficile a dirsi. Il governo ha mosso i primi passi, ora resta l'ultima parte del percorso, tutta in salita, ovvero la razionalizzazione dell'offerta formativa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Qui sopra, **Amedeo Bianco** (1), presidente Federazione nazionale ordini dei medici e **Walter Mazzucco** (2), presidente giovani medici (Sigm)



A sinistra, i professionisti di varie specializzazioni che hanno richiesto al ministero il riconoscimento del titolo di studio all'estero



I GIUDICI DI VENEZIA

“Brescia deve curare una bimba con Stamina”

nistrativo sulla composizione dello stesso comitato scientifico. Un secondo comitato si è insediato in questi giorni e si attendono le loro conclusioni.

VENEZIA

Ennesimo intervento della magistratura nel caso Stamina: il tribunale di Venezia ha stabilito che entro luglio l'Asl di Brescia dovrà individuare un anestesista pediatrico e un infusore per proseguire la cura con le staminali presso gli Spedali Civili per la piccola Celeste, 4 anni, di Mestre.

Dopo la decisione del tribunale di Pesaro, che nei giorni scorsi aveva nominato Marino Andolina, vice del fondatore di Stamina Davide Vannoni, commissario per le infusioni per un bimbo, anche i giudici veneziani ordinano ai medici di proseguire le infusioni. Un metodo, quello Stamina, bocciato dalla gran parte del mondo scientifico, e al centro di una contesa anche giuridica, sulla validità del protocollo. E proprio la decisione del tribunale di Venezia, secondo i familiari della piccola Celeste, fornisce la prova che la loro



ANSA

Mario Andolina

lotta ha ragioni fondate.

Una vicenda che va avanti da anni, con al centro la decisione degli Spedali di Brescia di somministrare ai pazienti, come ordinato da una serie di tribunali, il metodo Stamina. Un primo comitato scientifico incaricato dal Ministro della Salute aveva bocciato il protocollo, ma poi il Tar aveva accolto un ricorso ammi-



Salute Le inchieste, l'assenza di prove scientifiche e le irregolarità non fermano le ordinanze. Le cure a una bimba di 4 anni

Il giudice: trovare ovunque un medico per Stamina

La decisione del tribunale di Venezia

«Cercare in tutta Italia chi può fare infusioni»

ROMA — Sempre più profonda la spaccatura su Stamina, la cura a base di cellule staminali che risolverebbe, secondo chi l'ha lanciata, malattie molto gravi. Da una parte gli organismi scientifici e i medici che non la ritengono efficace e sicura e l'hanno condannata con documenti ufficiali. Dall'altra i giudici che ordinano di riprendere le infusioni sui bambini.

L'ultimo caso riguarda Celeste, quattro anni, colpita da atrofia muscolare spinale, la Sma, causa di crudele degenerazione. Il tribunale di Venezia ha deciso che entro la fine di luglio l'Asl di Brescia dovrà individuare un anestesista pediatrico e un infusore cercandolo in tutta Italia perché la piccola possa riprendere la terapia presso gli Spedali Civili della città lombarda. Il che potrebbe significare che si riuscirà ad individuare un non obiettore.

Celeste è una delle prime bambine trattate con queste cellule. I genitori hanno portato avanti una strenua battaglia legale affinché il trattamento non venisse interrotto. Adesso ricominciano a sperare: «La sentenza conferma che abbiamo ragione. Celeste sta meglio, lo abbiamo dimostrato facendolo attestare dalle persone che l'hanno seguita in questi anni, ma nessuno ci ha creduti. Ci auguriamo si faccia in fretta».

Nell'ospedale bresciano però nessun medico è più disposto a fare le infusioni almeno fino a quando non arriverà la decisione della Commissione scientifica nominata dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin e coordinata dall'oncologo Michele Baccarani, sull'eventuale avvio di una sperimentazione. Dietro speranze e illusioni di tante famiglie si intrecciano eventi molto negativi per Stamina.

Innanzitutto il rinvio a giudizio da parte della Procura torinese dei suoi inventori, Davide Vannoni e Marino Andolina. Truffa, associazione a delinquere e abuso d'ufficio. Poi il rapporto dei Nas, i carabinieri del nucleo antisofisticazioni, che hanno trovato grosse irregolarità a tutti i livelli. Dal punto di vista scientifico non ci sono prove che la cura funzioni e Vannoni non ha portato prove confortanti.

L'ordinanza di Venezia segue di pochi giorni quella del tribunale di Pesaro che ha nominato Andolina commissario per le infusioni di staminali su Federico, un bambino di Fano con morbo di Krabbe. Impossibile trovare medici non obiettori ed ecco allora il sorprendente intervento dei giudici: l'incarico di supplente affidato a un personaggio coinvolto nelle indagini di Torino. Un'iniziativa che si è trasformata in un caso spinoso. Il Consiglio Superiore della magistratura ha trasmesso alla Procura generale della Cassazione un fascicolo sui giudici marchigiani. È il primo passo verso un'azione disciplinare. C'è chi, come Amedeo Santosuoso (Corte d'appello), ha invocato l'intervento dell'Avvocatura di Stato.

Ma è opportuno che i tribunali contraddicano la scienza che ha liquidato come inutile e anche dannosa la cura Stamina? Il ministro della Giustizia Orlando si è sempre tenuto lontano da questa polemica. Mai pronunciato una parola su Stamina. Diplomata la Lorenzin, la scorsa settimana ascoltata in audizione in Senato: «Bisogna aprire una riflessione con la magistratura, e non contro, nel rispetto della sua autonomia, su questo difficile tema. La convivenza tra verità scientifica e

verità processuale». E ancora: «Quanto accade a Brescia travalica la volontà del legislatore cioè il proseguimento delle cure per chi le aveva cominciate». Il ministro si riferisce al no alla sperimentazione deciso lo scorso anno dalla prima Commissione ministeriale su Stamina poi sospesa dal Tar su ricorso di Vannoni. Ecco allora la scelta di un secondo gruppo di esperti che hanno cominciato a lavorare.

È di dieci giorni fa la durissima presa di posizione della Federazione dell'Ordine dei medici (Fnomceo): «No alle ordinanze dei giudici. Noi non siamo contro ma al servizio del diritto alla tutela della salute. L'esercizio della nostra professione si basa su autonomia e responsabilità. La nostra pratica è basata su evidenze scientifiche, dobbiamo perseguire efficacia, appropriatezza e sicurezza delle cure».

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I membri della nuova commissione internazionale per la sperimentazione, nominata lo scorso marzo dal ministro per la Salute Beatrice Lorenzin. Presieduta da Michele Baccarani, è composta da 4 stranieri e 3 italiani

La terapia e i contrasti

Il trattamento inventato da Vannoni

✓ Il metodo Stamina è un trattamento a base di cellule staminali sviluppato dallo psicologo Davide Vannoni che sostiene di poter così curare malattie neurodegenerative molto diverse

Gli Spedali Civili di Brescia e il laboratorio Stamina

✓ A fine settembre 2011 gli Spedali Civili di Brescia iniziano ad applicare il metodo Stamina in uno dei loro laboratori. A maggio del 2012 l'Aifa lo chiude perché poco sicuro e senza autorizzazioni

Le cure ordinate dai Tribunali del lavoro

✓ Ad agosto 2012 il Tribunale di Venezia impone agli Spedali Civili di continuare il trattamento su una paziente. Alcune decine di persone ottengono l'ingiunzione alle cure dai giudici del lavoro

La bocciatura della scienza e l'accusa di truffa

✓ Gli esperti del ministero della Salute bocchiano il metodo ad agosto 2013. Ad aprile 2014 la Procura di Roma accusa Vannoni e altri 19 di truffa e associazione a delinquere. Brescia sospende le cure



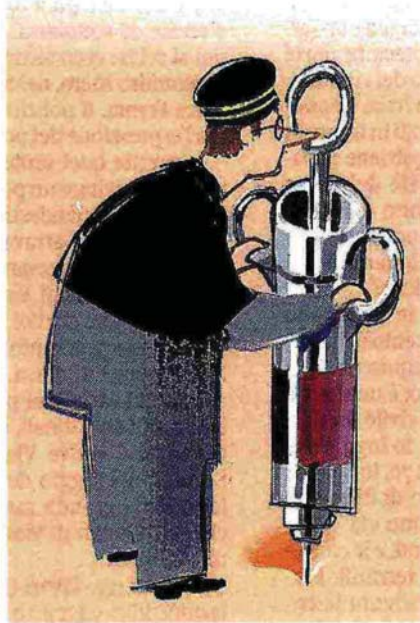
Decidono solo i giudici?

Ministri, Csm e medici
Basta silenzi su Stamina

di GIUSEPPE REMUZZI

Un altro giudice, di Venezia questa volta, e un'altra ingiunzione a continuare le infusioni. L'Asl di Brescia dovrebbe individuare nel giro di due settimane un anestesista e un medico in Italia per riprendere il trattamento con le cellule di Stamina. Quello per cui altri medici dovranno rispondere di associazione a delinquere e truffa, per via delle indagini del procuratore Guariniello, in quanto quei preparati non rispondono ai requisiti di legge. Non solo: «Iniettare quei preparati non è solo inutile, è pericoloso», scrivono gli esperti della commissione del ministero.

CONTINUA A PAGINA 34 - A PAGINA 18 De Bac



CONIC

IL CASO STAMINA

Se è solo il giudice a decidere le cure
Le troppe confusioni dei ministri

di GIUSEPPE REMUZZI

SEGUE DALLA PRIMA

Ma quel parere non vale, sentenza il Tar del Lazio, perché quegli esperti si erano già espressi contro Stamina. Chi la sbrogliata, una matassa così? Il ministro della Giustizia tace. Quello della Sanità anche. Il Csm non interviene. Gli Ordini dei medici aspettano. Domandiamoci se tutto questo potrebbe accadere un giorno anche in Germania, in Francia o in Inghilterra? No, non può succedere. Se cerchiamo di capire perché, forse troviamo anche il modo di uscirne. In nessun altro Paese dell'Europa, un professore di psicologia si sognerebbe di mettere a punto un trattamento che comporti l'impiego di cellule staminali e, se lo facesse, non si troverebbe un solo medico disposto ad assecondarlo. Da noi quelli di Stamina medici ne hanno trovati e anche più di uno, ma bastava che l'Ordine dicesse «no» in base al Codice deontologico (nessuno di noi può praticare terapie segrete e non approvate dall'autorità regolatoria) perché finisse tutto subito. Per praticare quelle infusioni, serve il parere di un comitato etico che in qualunque altro Paese avrebbe detto «no» perché non c'era nessuna ipotesi scientifica a sostegno di quel trattamento e nessuna prova di efficacia. E la Turco-Fazio, quella delle cure

compassionevoli? Quella legge prevede che in casi davvero eccezionali si possa fare terapia cellulare anche senza l'avallo delle autorità regolatorie, purché ci siano dati che ne giustificano l'uso pubblicati su accreditate riviste internazionali e a condizione che, quel che s'infonde, sia allestito in laboratori autorizzati nel rispetto dei requisiti di qualità previsti dalla legge. Stamina non risponde a nessuno di questi requisiti. Vuol dire che il comitato etico ha violato la legge? Proprio così (anche perché, per legge, serve il consenso degli ammalati dopo che sono stati informati sul «rapporto favorevole fra i benefici ipotizzabili e i rischi prevedibili del trattamento»: chi può dirlo, nel caso di Stamina?). Meglio del comitato etico ha fatto il giudice Ciocchetti del tribunale di Torino, che ha respinto la domanda dei genitori di un bambino con una grave malattia del sistema nervoso perché «i preparati di Stamina non risultano conformi alle norme europee di fabbricazione dei medicinali e nemmeno alle disposizioni del decreto del ministero della Salute del 2006». Impeccabile e soprattutto coerente con la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo del 28 maggio, «non è un diritto dei pazienti quello di ricevere terapie che non hanno prove scientifiche». Ma tutto questo, ai giudici che invece continuano a ordinare che a Brescia si proseguano le

infusioni di Stamina, dev'essere sfuggito. Certo, in un altro Paese nessun giudice prescriverebbe una cura, tanto che il *Lancet* a proposito di Di Bella scrisse dell'Italia prendendo un po' in giro medici e giudici: «Più giudizio clinico, meno giudici clinici». Loro, i giudici del lavoro, dicono che non prescrivono, dispongono solo che si dia seguito alla prescrizione di un medico; però dovrebbero poter giudicare che quel che il medico prescrive sia «prescrivibile», se no che giudici sono? Ma possibile che nessuno abbia fatto il suo lavoro con competenza e responsabilità, in questa storia? L'hanno fatto i Nas e l'Aifa con l'ordinanza di blocco, e in qualunque altro Paese dell'Europa sarebbe bastato a fermare tutto. Come uscirne adesso? E cosa possono fare il ministro della Salute e quello della Giustizia? È vero che si dovrebbe cambiare la legge sulle cure compassionevoli? No, basta farla rispettare (aggiungendo se mai che non si può fare mai, per nessuna ragione,

nessun trattamento di cellule che non sia autorizzato da Aifa e Istituto superiore di sanità). E la nuova commissione? Serve solo per stabilire se dar corso al decreto Balduzzi che però ha chiesto che si sperimentasse qualcosa che per legge non si può sperimentare; questo in Francia o in Inghilterra non succede mai. Una cosa potrebbero fare subito il ministro della Salute e quello della Giustizia: una lettera rispettivamente ai presidenti degli Ordini dei medici e ai giudici del lavoro, in cui richiamano i dispositivi di legge in casi come quello di Stamina, chiedendo di rispettarli e di sanzionare chi non lo fa. Alla lettera ai giudici del lavoro si potrebbe allegare l'ordinanza, documentatissima, del loro collega Vincenzo Ciochetti; chi non avesse avuto tempo o voglia di approfondire la materia, troverebbe lì tutti i riferimenti per deliberare in sintonia con le disposizioni vigenti, le norme europee e le ragioni della scienza. Che ha un obiettivo solo, quello di proteggere gli ammalati.



Nevralgia del trigemino, una fitta lancinante che dura pochissimo

In genere è interessato soltanto un lato del volto, quasi sempre nella parte centrale e inferiore



Il dolore è terribile, improvviso, scatenato magari da una carezza, dal lavarsi i denti, da un soffio d'aria. La nevralgia del trigemino riguarda 1 persona su 25 mila, quasi sempre sopra i 50 anni. «In circa il 70% dei casi a provocarla è una compressione del nervo da parte di un'arteria: ciò crea un conflitto con il trigemino, lo irrita, danneggiando la guaina di mielina che lo riveste e provocando una specie di corto circuito che produce il dolore - spiega Angelo Franzini, direttore della Neurochirurgia III dell'Istituto Besta di Milano -. L'unico fattore di rischio noto per la nevralgia del trigemino è la sclerosi multipla, che provoca la demielinizzazione dei nervi. Esiste comunque una discreta quota di casi in cui non c'è conflitto fra arteria e nervo né una sclerosi multipla: allora si può pensare a un tumore che preme sul nervo o ad altre cause».

Come si arriva alla diagnosi?

«Con la raccolta della storia clinica e dei sintomi: il dolore è infatti caratteristico. È molto violento, improvviso e dura pochissimo, per poi ripetersi a distanza di minuti o ore: un dolore che dura mezz'ora non è mai nevralgia del trigemino. Inoltre, il dolore è limitato a metà viso e quasi sempre interessa la parte centrale e inferiore del volto. Con questi segni ci si può già orientare; spesso, poi, viene prescritta una risonanza magnetica per escludere sclerosi multipla, masse tumorali o altre malattie. L'esame può anche verificare la presenza di un conflitto vascolare, ma non sempre riesce a distinguerlo con certezza».

Quali sono le possibili terapie?

«Durante la crisi si può fare ben poco: le cure servono soprattutto per prevenire gli attacchi. Il primo passo è la terapia con farmaci e il più efficace è l'antiepilettico carbamazepina: va preso tutti i giorni, iniziando con dosi basse e proseguendo fino alla remissione, per la quale possono servire anche mesi. Quando torna

la nevralgia, che purtroppo non guarisce da sola e anzi tende a peggiorare, provocando attacchi sempre più ravvicinati e gravi, si incrementa il dosaggio. I farmaci risolvono circa il 30% dei casi; negli altri, dopo 4-5 anni gli effetti collaterali superano i benefici e si passa alla neurochirurgia. In chi ha meno di 70 anni e un conflitto vascolare dimostrato si propone la decompressione vascolare, intervento attraverso cui si appone un “cuscinetto” sull’arteria per evitare che prema sul trigemino. Il metodo è risolutivo in circa il 70% dei pazienti; se la nevralgia torna, ma anche nei soggetti più anziani e nei casi in cui il disturbo non è provocato dalla pressione di un’arteria, si può optare per la radiochirurgia, che consiste nell’irradiare il trigemino per provocarvi piccole alterazioni che eliminano il dolore. Nel 60-70% dei casi ciò ottiene una remissione temporanea, ma la radiochirurgia non può essere eseguita più di due volte nello stesso soggetto. Nei casi in cui la nevralgia torna a farsi sentire si passa alle procedure percutanee che, con un palloncino o il calore, danneggiano il nervo in modo più profondo. Questi metodi possono essere ripetuti più volte, ma vi si ricorre dopo aver provato tutto il resto, perché provocano una perdita della sensibilità nella zona innervata».

http://www.corriere.it/salute/14_giugno_20/epidemia-ebola-fuori-controllo-d9172aa6-f88d-11e3-ad97-877836a47e21.shtml

INDAGINE N1H1: M5S, AIFA E MINISTERO NON POTEVANO NON SAPERE

(ANSA) - ROMA, 22 GIU - "Le odierne notizie relative alla perquisizione dei Nas presso le sedi del gruppo farmaceutico Novartis, a Siena e a Origgio per la sospetta truffa ai danni dello Stato relativa alla vendita di due vaccini H1N1 che, ipotizzata in 16 milioni di euro, squarcia ulteriormente il velo sulla quale al momento non si possono dichiarare estranei il ministero della Salute e, soprattutto, l'Aifa". Lo affermano i deputati del movimento 5 Stelle in commissione Affari Sociali. "In attesa degli ulteriori sviluppi della vicenda, alla quale stanno lavorando magistratura e forze dell'ordine, non e' possibile tacere il ruolo dell'Agenzia del farmaco, che ha avuto poteri decisionali rispetto all'approvazione della convenzione con la Novartis relativamente ai due vaccini. Ricordiamo poi che in questi giorni, a scandalo era gia' esploso, il ministro della Salute Lorenzin ha proposto in sede di conferenza Stato-Regioni di confermare alla Guida dell'Agenzia il Dg, Luca Pani. Una mossa che consideriamo quantomeno politicamente inopportuna. A questa vicenda ci siamo interessati fin dall'inizio e a tal proposito abbiamo presentato sia un'interrogazione che un'interpellanza e, adesso, abbiamo fatto richiesta di accesso agli atti per verificare gli accordi stipulati per l'acquisto di questi farmaci tra Agenzia e casa farmaceutica, al momento ancora non accessibili. Un fatto, questo, che consideriamo gravissimo perche' non sapere in base a quali criteri vengono presi accordi con le lobby farmaceutiche, che portano la sanita' pubblica a spendere somme ingenti, lede i piu' basilari principi di trasparenza e correttezza".(ANSA).

Nuove prospettive di cura per molte malattie con il trapianto autologo

Un decreto legge introduce nuove possibilità di cura con la pratica del trapianto autologo-dedicato di staminali provenienti dal sangue cordonale, un tipo di trapianto che ha ormai superato quello eterologo. Diverse le applicazioni nelle malattie, anche quelle genetiche



E' stato da pochi giorni emanato dal Ministero della Salute un Decreto (G.U. n.137 del 16.06.2014), dedicato a **nuove disposizioni in materia di conservazione delle cellule staminali** da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato. Una notizia accolta con favore dagli esperti, perché permette di agire su molte più malattie di quelle di cui era possibile fino a oggi.

Grazie al Decreto, si riconosce come il progresso tecnico-scientifico permetta di aggiornare l'elenco delle indicazioni cliniche per le quali è **consolidato l'uso per il trapianto di cellule staminali emopoietiche** con comprovata documentazione di efficacia. La raccolta di queste cellule avviene con una procedura dedicata di sangue cordonale.

Alle patologie già trattate con il trapianto autologo-dedicato ne sono stata aggiunte ulteriori tre: la Sindrome di Down, la neurofibromatosi di tipo 1 e le immunodeficienze acquisite.

«L'aggiornamento di patologie trattabili con un trapianto autologo-dedicato di staminali provenienti dal sangue del cordone ombelicale – commenta Luana Piroli, Presidente della Fondazione InScientiaFides – mostra l'efficacia di un sentiero che parte dalla ricerca, attraversa la sperimentazione e giunge al traguardo della **disponibilità di una terapia accessibile a tutti**. Si tratta di tre patologie importanti e gravi, che causano sofferenze e disagi sociali, che oggi hanno un avversario in più per essere combattute. Si conferma anche la validità del trapianto autologo-dedicato, oggi nel mondo prevalente rispetto a quello eterologo».

«Aggiungo due considerazioni: è fondamentale procedere a una razionalizzazione delle procedure di raccolta e della conservazione, affinché questa prospettiva di cura sia accessibile a

tutti e in luoghi certi, senza limiti organizzativi di alcun tipo. Siamo molto lontani da questo traguardo – aggiunge Luana Piroli – Infine si accredita sempre più l'importanza di **disporre di staminali cordonali proprie**, in particolare provenienti dal cordone ombelicale. E' un'altra sfida che l'Italia non può rimandare, ma è necessario superare gli steccati ideologici per aprirsi ad un dialogo con le strutture private, all'insegna della competenza e della qualità, uscendo da pregiudizi polverosi e produttori di inefficienza».

«La scienza procede a ritmi spediti, bisogna che l'architettura organizzativa si adegui in fretta», conclude la dott.ssa Piroli.

<http://www.lastampa.it/2014/06/20/scienza/benessere/medicina/nuove-prospettive-di-cura-per-molte-malattie-con-il-trapianto-autologo-3FLToufEOY2YQQMpsTQDIO/pagina.html>

Venerdì 20 GIUGNO 2014

Patto Salute. Lorenzin: “Denso di innovazioni. Esprimerà un cambiamento di rotta del sistema”

Il ministro fa il punto sul Patto della Salute nell'editoriale della newsletter ministeriale. I lavori procedono in un clima “particolarmente costruttivo” e caratterizzato da “un forte senso di responsabilità”. Al lavoro anche su ticket “equi” e “a tutela delle fasce con reddito modesto in relazione ai componenti del nucleo familiare”.

I lavori sul Patto della Salute procedono speditamente e nel migliore dei modi. Lo sostiene il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, nell'editoriale dell'ultima edizione della newsletter del ministero *Salute Informa* +. “Il confronto con le Regioni ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze sul nuovo Patto per la Salute è stato, sino ad oggi, molto positivo”, afferma il ministro. “Abbiamo condiviso buona parte del documento, che entro la prossima settimana saremo in grado di portare in Conferenza Stato Regioni. Il lavoro svolto in questi giorni con gli assessori regionali ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze è stato caratterizzato da un forte senso di responsabilità e da un clima particolarmente costruttivo. Il nuovo Patto per la salute – secondo Lorenzin - esprimerà un cambiamento di rotta del sistema, denso di spunti innovativi rispetto al passato”.

Lorenzin spiega infatti che “siamo riusciti a trovare un accordo sui temi più rilevanti e su obiettivi che ritengo fortemente strategici per il Servizio Sanitario Nazionale, tra questi il fatto che tutte le risorse che verranno risparmiate attraverso l'applicazione delle misure di razionalizzazione saranno reinvestite per politiche sanitarie, ad invarianza del finanziamento statale annuale previsto per il Fondo sanitario”.

L'obiettivo prioritario di ministero e Regioni è di “riuscire a realizzare una riforma della sanità nel segno dell'appropriatezza, dell'eliminazione degli sprechi, della trasparenza, attraverso una nuova governance che preveda la selezione dei direttori generali sanitari ed amministrativi lontana dalla politica. Il merito e' un altro degli obiettivi cui dobbiamo guardare nel prossimo futuro”.

Il Patto, ha spiegato infine il ministro, si occuperà anche dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e della revisione dell'attuale sistema di partecipazione alla spesa sanitaria “volta a garantire una maggiore equità sociale ed, in particolare, una maggiore tutela delle fasce di popolazione caratterizzate da un reddito modesto in relazione alla numerosità dei componenti del nucleo familiare”, nonché del rafforzamento dell'assistenza territoriale e della revisione delle modalità di gestione dei cosiddetti "Piani di rientro" dai disavanzi sanitari.

Cure all'estero. Corte Ue: "Stato obbligato ad autorizzarle se carente di mezzi di prima necessità"

"Ma la causa della carenza non deve essere legata a carenze strutturali", sottolinea l'avvocato generale Cruz Villalón della Corte Europea. La carenza, dunque, deve essere di carattere "contingente e transitorio".

22 GIU - In forza del diritto dell'Unione, un lavoratore può essere autorizzato a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevere cure adeguate al suo stato, e ricevere in tale Stato le prestazioni necessarie come se fosse iscritto al regime previdenziale di detto Stato, con rimborso dei relativi costi da parte dello Stato di residenza. Lo Stato membro di residenza non può negare detta autorizzazione quando l'assistenza di cui ha bisogno il lavoratore ricade tra le prestazioni ricomprese dalla propria normativa e non può essere opportunamente erogata nel proprio territorio in considerazione dello stato di salute del lavoratore e della probabile evoluzione della sua malattia.

A stabilirlo è l'avvocato generale **Cruz Villalón** della Corte Europea nelle sue conclusioni sul caso della sig.ra Petru, cittadina rumena che soffre di una grave patologia. La Sig.ra Petru, spiega un comunicato della Corte Ue, "in esito a un peggioramento, ha dato luogo al suo ricovero in un istituto specializzato a Timisoara (Romania), in cui si è attestato che il suo stato era così grave da rendere necessario un intervento chirurgico urgente. Durante il periodo di degenza, la sig.ra Petru ha constatato che detto istituto non disponeva di materiali medici di prima necessità ed era saturo, sicché, in considerazione, inoltre, della difficoltà dell'intervento chirurgico al quale doveva sottoporsi, ha chiesto l'autorizzazione ad essere sottoposta all'intervento in Germania. Anche se la sua richiesta è stata respinta, la sig.ra Petru ha deciso di essere operata in Germania. Il costo complessivo dell'intervento è stato di circa EUR 18 000, di cui essa chiede rimborso alle autorità rumene".

Il Tribunale di Sibiu (Romania), chiamato a decidere la controversia, ha chiesto alla Corte di Giustizia Ue se la carenza generalizzata di materiali medici di prima necessità nello Stato di residenza costituisca una situazione in cui risulti impossibile prestare il trattamento, sicché il cittadino di tale Stato membro possa esercitare il suo diritto ad essere autorizzato a ricevere tale trattamento in un altro Stato membro a carico del regime di previdenza sociale del suo Stato di residenza. "Nonostante la sussistenza di una giurisprudenza della Corte di giustizia in materia, è la prima volta in cui la necessità di ricevere assistenza medica in un altro Stato membro trova

giustificazione nella carenza di mezzi dello Stato di residenza”, sottolinea la Corte Ue.

Nelle sue conclusioni presentate ieri, l’avvocato generale Cruz Villalón analizza due distinte questioni: 1) se la mancanza o carenza di mezzi in un centro ospedaliero, in determinate circostanze, possa equivalere a una situazione in cui non è possibile praticare in tempo utile in uno Stato una determinata prestazione sanitaria compresa tra le prestazioni dispensate dal proprio sistema di previdenza sociale e 2) se lo stesso si verifichi quando tali carenze o mancanze nelle strutture sanitarie siano di carattere strutturale.

Dopo aver ricordato che i servizi sanitari, compresi quelli pubblici, costituiscono servizi di carattere economico assoggettati alla libera circolazione dei servizi, l’Avvocato generale sostiene che “gli Stati membri, anche se possono sottoporre ad autorizzazione la prestazione di tali servizi in un altro Stato membro con spese a carico dello Stato di residenza, potranno rifiutare l’autorizzazione solo nell’ipotesi in cui possa conseguirsi tempestivamente nel loro territorio un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia”.

L’Avvocato generale riprende la giurisprudenza in materia segnalando che un paziente di uno Stato membro, iscritto ad un sistema sanitario pubblico, ha il diritto di recarsi in un altro Stato dell’Unione, ponendo le spese a carico del sistema di previdenza sociale del suo Stato di residenza, quando in questo altro Stato, e non nel suo Stato di residenza, possa essere ottenuto tempestivamente un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia. In tal caso, il sistema assicurativo del paziente coprirà le spese sostenute all’estero. Se tali condizioni non sono soddisfatte, il paziente può recarsi all’estero e ottenere il servizio al quale aveva diritto nel suo Stato di iscrizione, potendo però chiedere solo il rimborso al costo previsto in tale Stato e non a quello fatturato nel luogo di prestazione del servizio.

Quanto alla prima questione, l’Avvocato generale sottolinea che, “dal momento che il diritto dell’Unione non opera distinzioni in merito alle ragioni per le quali una determinata prestazione non possa essere praticata tempestivamente, si deve ritenere che la carenza occasionale di mezzi materiali equivalga a una mancanza dovuta a carenze di personale medico”. Conseguentemente, a suo parere, “lo Stato membro è obbligato ad autorizzare la prestazione, in un altro Stato dell’Unione, di un servizio medico compreso nelle prestazioni coperte dal proprio sistema di previdenza sociale, nel caso in cui carenze delle proprie strutture ospedaliere, di carattere congiunturale, rendano effettivamente impossibile la prestazione stessa”.

Per contro, rispondendo alla seconda questione esaminata, l’Avvocato

generale ritiene che, “laddove la carenza di mezzi materiali necessari ai fini dell’effettuazione della prestazione sanitaria in questione dipenda da una mancanza strutturale, lo Stato membro non è obbligato ad autorizzare la prestazione, in un altro Stato dell’Unione, di un servizio compreso nelle prestazioni coperte dal proprio sistema di previdenza sociale, sebbene ciò possa comportare che determinate prestazioni sanitarie non possano essere effettivamente praticate. Tale obbligo sussisterà solamente qualora l’autorizzazione non metta in pericolo la sostenibilità economica del suo sistema di previdenza sociale”.

Al riguardo, l’Avvocato generale fa presente che “lo Stato membro che si trovi in tale situazione di carenza strutturale non potrebbe far fronte agli oneri economici derivanti da un’emigrazione sanitaria di massa degli iscritti al proprio sistema di previdenza sociale e sottolinea che uno dei limiti all’esercizio della libera prestazione dei servizi nel settore dei servizi sanitari consiste proprio nel non mettere in pericolo né la prestazione dei servizi stessi né tutti gli sforzi di pianificazione e di razionalizzazione effettuati in tale settore vitale nello Stato di residenza del paziente”.

20 giugno 2014

© Riproduzione riservata



SALUTE

Da Pisa il 'bruco robot' per colonscopia senza dolore

Costruito da società spin-off di Scuola superiore Sant'Anna

18/06/2014 16:31

Consiglia

Condividi

Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



- Milano, 23 giu. (Adnkronos Salute) - Esami al colon senza dolore grazie a un 'bruco robot' nato dalla ricerca italiana. Lo strumento, monouso, permette di sottoporsi alla colonscopia senza i fastidi che da sempre fanno paura ai pazienti e li allontanano dalla prevenzione. La rivoluzione nella diagnosi del tumore al colon-retto e di altre malattie gastrointestinali porta la firma di Era Endoscopy, azienda spin-off della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa. Il bruco robotico si chiama 'Endotics' ed è stato appena adottato dall'Ausl 5 di Pisa: grazie al contributo della Cassa di risparmio di Volterra, è disponibile e già in uso presso gli Spedali riuniti Santa Maddalena della città etrusca. Endotics funziona proprio come un bruco: 'cammina' nell'intestino grazie a un meccanismo di tira e molla, attraverso un sistema di ancoraggio posto vicino alla testa e alla coda, che consente di allungare e accorciare la parte centrale. Lo strumento promette 5 vantaggi. Il bruco "elimina tutti i rischi legati ad anestesia e sedazione - spiega una nota congiunta di Scuola superiore Sant'Anna e Ausl 5 - nonché quelli di perforazione, poiché la nuova tecnologia non ha bisogno di alcuna spinta". Inoltre, "in quanto strumento monouso si elimina inoltre la possibilità di contaminazione, presente (seppure in parte residuale) nell'uso di strumenti tradizionali che vengono disinfettati e non sterilizzati". Terzo vantaggio: "L'intero esame avviene operando con un semplice joystick". Quarto: "Grazie a questa innovazione si annulla il rischio degli operatori sanitari di incorrere in malattie professionali. Infine, Endotics garantisce la diagnosi completa in ogni paziente, anche in quelli più sensibili al dolore o che presentano una particolare conformazione anatomica". Andrea Piccaluga, delegato del rettore al trasferimento tecnologico e docente di management alla Scuola superiore Sant'Anna, sottolinea "quanto sia importante che la tecnologia Endotics sia utilizzata presso l'ospedale di Volterra, con il quale la Scuola Sant'Anna collabora in maniera intensa da tempo". Ma per il 'bruco colonscopico' c'è all'orizzonte anche "un lancio internazionale, con buone prospettive di utilizzo anche in Asia". Per ora il bruco robot "viene utilizzato nelle colonscopie difficili - riferisce Giacomo Gamberucci, il medico che esegue l'esame a Volterra - ovvero in quei pazienti in cui la colonscopia tradizionale non riesce a visionare l'intero colon". Ma "per il futuro è facile immaginarne un uso applicativo per quelle condizioni in cui i pazienti devono purtroppo sottoporsi a più controlli, come nelle malattie infiammatorie croniche intestinali". In questa ottica è già allo studio una nuova versione della sonda robotica, dotata di un canale operativo in grado di eseguire biopsie. Il

nuovo sistema, disponibile a breve, è già stato presentato con successo al Congresso nazionale di gastroenterologia. “La nostra azienda sanitaria - sottolinea il direttore generale dell’Ausl 5 di Pisa, Rocco Damone - investe nell’innovazione raggiungendo punte di eccellenza sul territorio, come in questo ambito per l’ospedale di Volterra. A nome dell’azienda desidero quindi ringraziare il presidente della cassa di risparmio Giovanni Manghetti, per il supporto economico che ha voluto concedere a questo importante progetto”.

IN FUTURO SMARTPHONE ANALIZZERANNO DNA

(AGI) - Washington, 22 giu. - In futuro lo smartphone potrebbe permettere di calcolare la temperatura corporea, i livelli di zucchero nel sangue dei diabetici e persino analizzare il Dna. La tecnologia che sfrutta la fotonica e' stata sviluppata da un team di ricercatori del Polytechnique Montreal e descritta sulla rivista Optics Express. Si tratta di un sistema fotonico laser trasparente, costituito da un sensore della temperatura e un meccanismo inedito per l'autenticazione dello smartphone che sfrutta la luce infrarossa e la tipologia di vetro attualmente in uso nella maggioranza dei telefonini intelligenti. Oltre a possedere raffinati sensori biomedici, la tecnologia permettera' di inserire il dispositivo in qualsiasi superficie di vetro, come finestre o tavoli, creando un touchscreen trasparente come quello di film come Avatar e Iron Man.