

LA POLEMICA

Aborto, nel Lazio stop all'obiezione
"I consultori devono dire sì"

MARIA NOVELLA DE LUCA

N **ESSUN** medico potrà d'ora in poi rifiutare ad una donna la prescrizione di un contraccettivo, pillola del giorno dopo e spirali compresse. Con un decreto che farà discutere, il presidente del Lazio Zingaretti ridefinisce e restringe per i medici dei consultori il "diritto" a non applicare la legge sull'aborto.

A PAGINA 31

"Aborto, basta obiettori i medici dei consultori tenuti a dare il via libera" Rivoluzione nel Lazio

Diktat della giunta Zingaretti sull'applicazione della "194"
"Anche chi è contrario deve rilasciare la certificazione"

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. L'obiezione di coscienza? Riguarda soltanto l'atto tecnico dell'interruzione volontaria di gravidanza, ma non il prima e il dopo intervento. E poi: nessun medico potrà d'ora in poi rifiutare ad una donna la prescrizione di un contraccettivo, pillola del giorno dopo e spirali compresse.

Nel Lazio delle liste d'attesa infinite, della legge 194 disattesa e abbandonata, dove l'obiezione di coscienza ha raggiunto livelli mai visti tra ginecologi, anestesisti e infermieri, le nuove linee guida sul funzionamento dei consultori familiari potrebbero scardinare una situazione da anni ai limiti dello scandalo. Con un decreto varato senza clamore, ma che di certo farà discutere, il presidente Nicola Zingaretti ridefinisce, delimita e restringe per i medici dei consultori il "diritto" a non applicare la legge sull'aborto.

Il decreto, infatti, se da una parte impone a chi lavora nei servizi territoriali l'obbligo di prescrivere tutte le forme di

contraccezione, e senza potersi appellare ad alcuno scudo "morale" nemmeno per la pillola del giorno dopo, dall'altra ricorda ai medici i loro doveri verso la legge 194.

«In merito all'esercizio dell'obiezione di coscienza, si ribadisce come questa riguardi l'attività degli operatori impegnati esclusivamente nel trattamento dell'interruzione volontaria di gravidanza. Il personale del consultorio familiare (invece) non è coinvolto direttamente nella effettuazione di tale pratica, bensì solo nell'attività di certificazione...».

Dunque, è il senso delle nuove linee guida, quei medici che intervengono soltanto nella fase preliminare all'intervento, quando devono cioè certificare lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di poter abortire, non avrebbero diritto a dichiararsi obiettori, come chi invece l'aborto lo esegue materialmente.

Rifiutare dunque il rilascio di

Si ribadisce anche l'obbligo di prescrivere i contraccettivi e la

pillola del giorno dopo

quei fondamentali documenti sarebbe, di fatto, un abuso. Naturalmente il decreto, in questa parte, non impone nulla, ma di certo fa capire che nel Lazio devastato dalle politiche contro la 194 di Storace prima e della Polverini poi, l'aria è cambiata. Il punto è delicato. Perché nell'articolo 9 della legge si fa riferimento specifico al diritto all'obiezione anche nella fase della certificazione, eppure la stessa 194 ribadisce poi che i medici non possono astenersi dall'assistere la donna prima e dopo l'intervento.

Un crinale scivoloso e soggetto a più interpretazioni. Spiega Cecilia D'Elia, consulente di Nicola Zingaretti sui temi legati ai diritti e alle pari opportunità: «Il decreto è vincolante per tutto ciò che riguarda la contraccezione, compresa la pillola del giorno dopo, che molti medici ancora si rifiutano di prescrivere, ritenendola a torto un farmaco abortivo. È invece un atto di indirizzo per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza. Si ricorda, cioè, ai medici che l'obiezione di coscienza è sì tutelata dal-

la legge, ma non può essere

La regione ha il record dei camici bianchi che si rifiutano di effettuare gli interventi

estesa anche alla parte della certificazione a cui sono tenuti appunto i ginecologi dei consultori».

In ogni caso è proprio un cambiamento di rotta. E non è escluso che altri presidenti di regioni possano seguire la strada tracciata dal Lazio. L'applicazione della legge 194 torna cioè al centro delle politiche sanitarie, anche se per adesso soltanto nei consultori. Negli ospedali, invece, dove materialmente si effettuano gli aborti, la situazione continua ad essere grave.

Nel Lazio, come in molte zone del Sud, l'obiezione dei ginecologi è ormai quasi del 90%. Questo vuol dire per le donne dover migrare da un ospedale all'altro alla ricerca di un reparto che garantisca il servizio. E non sono poche quelle che, più fragili o più sole e respinte dal servizio pubblico, finiscono tra le ombre dell'aborto clandestino.

Gli aborti clandestini in Italia

La stima ufficiale è di circa

15/20 mila aborti clandestini

ma riguarda SOLO LE DONNE ITALIANE

40 mila

4,5‰
Il tasso di abortività tra le minorenni (dati 2011)

105.968 aborti nel 2012

-4,9% rispetto al 2010

Dall'obiezione di coscienza ai nuovi aborti clandestini: così è cambiata la legge 194

In molte regioni italiane

l'85% dei medici

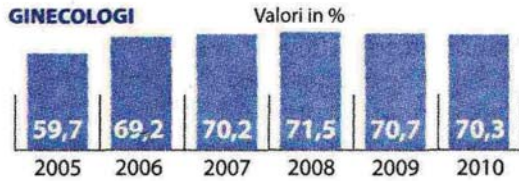
si dichiara obietto di coscienza: in intere province non si può più abortire legalmente

+17,3% negli ultimi 30 anni

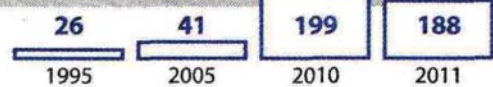


GOVERNATORE
Nella foto, il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti: è stato lui a volere il giro di vite sui consultori familiari

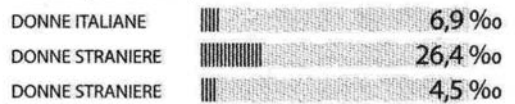
Il boom degli obiettori



Procedimenti penali per aborto clandestino

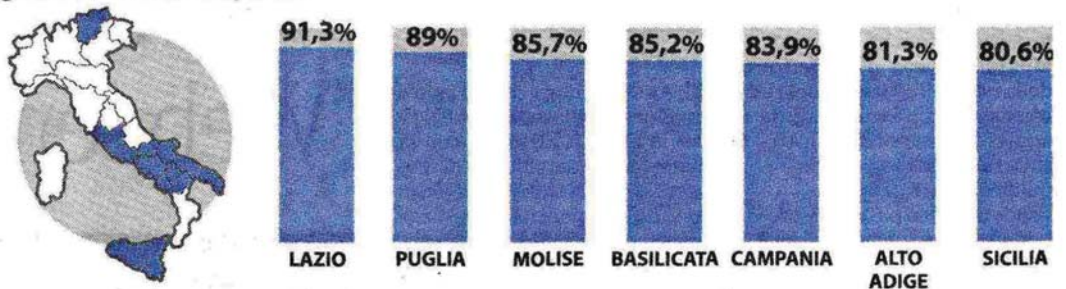


Aborti spontanei ogni 1.000 donne



FONTE: ISTAT, MINISTERO SALUTE, MINISTERO GRAZIA E GIUSTIZIA

Le regioni dove l'obiezione è più alta



IPUNTI

IL DECRETO

Le nuove regole sulla 194 e sulla prescrizione dei farmaci contraccettivi sono contenute nelle nuove linee guida sui consultori

LO STOP

I medici dei consultori non potranno più fare obiezione di coscienza per non rilasciare alle donne i certificati necessari all'aborto in ospedale

LE PRESCRIZIONI

I medici dei consultori sono obbligati a prescrivere tutti i tipi di contraccettivo compresa la pillola del giorno dopo e la spirale

LA LEGGE

La 194 afferma che anche i medici obiettori devono assistere le donne che fanno l'aborto nella fase che precede e quella che segue l'intervento



L'INTERVISTA / IL PROFESSOR PAOLO SCOLLO, PRIMARIO DI GINECOLOGIA

“Io contrario alle interruzioni ma questa decisione è giusta”

«**N**ON faccio aborti, ma ritengo che non sia giusto esasperare il diritto all'obiezione di coscienza». Paolo Scollo, presidente della Sigo, Società italiana di ginecologia e ostetricia, primario all'ospedale Cannizzaro di Catania, definisce "ragionevole" la scelta di Zingaretti.

Professor Scollo, lei è un ginecologo obiettore. Quali dovrebbero essere i limiti di questo diritto?

«La ragionevolezza. Se una paziente viene da me perché vuole abortire, io applico la legge. Cerco cioè di capire le sue ragioni, provo anche a dissuaderla, ma poi rispetto la decisione e faccio il certificato. Non si deve esasperare il concetto dell'obiezione di coscienza».

E rispetto alla pillola del giorno dopo? Molti medici rifiutano di fare le ricette...

«Un errore. Noi siamo tenuti a prescriberla. Ci vuole, appunto, senso di realtà».

Ma come garantire l'applicazione della 194 visto il crescente rifiuto dei ginecologi ad effettuare le interruzioni?

«Semplicemente mettendo mano al portafoglio. È quello che devono fare le amministrazioni sanitarie. Al "Cannizzaro" di Catania, dove lavoro, tutti i ginecologi, me compreso, sono obiettori di coscienza. Ma il servizio è garantito da una dottoressa assunta a contratto che una volta alla settimana, insieme a due anestesisti, applica la legge 194. Così si garantisce il

servizio ma si salvaguarda il diritto all'obiezione di coscienza».

C'è stato un abuso di questo "diritto"?

«Se ci riferiamo al medico del consultorio che si rifiuta di fare un certificato, la risposta è sì, è una esasperazione. Dunque è giusto il "richiamo" fatto dalla Regione Lazio. Se invece parliamo di un ginecologo che per coscienza non vuole fare aborti, la risposta è che non c'è nessun abuso ma soltanto il rispetto per le scelte etiche di ogni individuo».

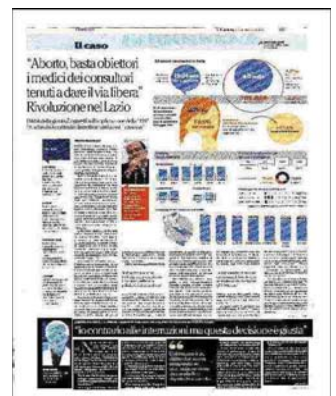
(m.n.d.l)

“

L'obiezione è un diritto che non va esasperato, se una paziente viene da me alla fine rispetto la sua scelta



GINECOLOGO
Paolo Scollo: dirige la Ginecologia all'ospedale di Catania



Salute. In dirittura d'arrivo oggi l'accordo triennale: meno Asl e ospedaletti, nuovi ticket e stretta sui Lea solo da fine anno

Sanità, pronto Patto da 327 miliardi

Lorenzin e le Regioni: «I risparmi restano nel Ssn» - Farmaci, nuovo Prontuario

IN SOSPEso

Le regole per la ripartizione dei fondi e la cancellazione della possibilità per i governatori degli enti in deficit di essere commissari

Roberto Turno

ROMA

■ «Di qui non esce uno spillo». **Beatrice Lorenzin** e le Regioni stringono un patto di ferro col «Patto per la salute», aspettando il lasciapassare dell'Economia: qualsiasi risparmio nella sanità pubblica nei prossimi tre anni dovrà restare in casa. Nel Servizio sanitario nazionale. E lo scrivono a chiare lettere nelle rispettive versioni del testo: «I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure rimangono nelle disponibilità delle regioni per finalità sanitarie».

La grande scommessa del «Patto» è ormai arrivata alle battute finali. Oggi, con le ultime mine da disinnescare del capitolo farmaci che potrebbe portare a risparmi per 600 mln e l'applicazione della spending review "formato Cottarelli", potrebbe esserci il primo show down. Poi giovedì una ripulitura dell'intero testo in attesa del via libera dei governatori. Sempreché nel frattempo arrivi il timbro della Ragioneria, che lavora con la massima attenzione sulle ricadute finanziarie di un accordo che in tre anni, dal riparto di quest'anno a quello del 2016, vale 327,5 mld di fondi pubblici.

Le novità non mancano, anche se finora sono state tenute nel massimo riserbo da tutti. Per ticket e Lea sarà confermata la revisione (ticket per reddito legata al nucleo familiare con meno sconti per le cronicità, risparmi dai Lea per 900 mln in tre anni), ma

ci sarà da attendere la seconda parte dell'anno per le modalità e il prossimo per la prima applicazione. Per gli ospedali arrivano standard e contenimento dei posti letto che ridurranno in qualche modo gli ospedaletti - con meno tagli del previsto per i privati accreditati - ma lasciando spazio alle scelte locali. Sui farmaci si punta alla revisione del «Prontuario», fin qui non applicata, che con altre misure dovrebbe valere intorno ai 600 mln. Anche le Asl andranno incontro, laddove non è già avvenuto, a un dimagrimento, con tanto di interventi regionali sulla gestione e la contemporanea revisione dei sistemi organizzativi.

Va da sé che la centralizzazione massima degli acquisti dovrà diventare regola dappertutto, come del resto la revisione delle sovrapposizioni e delle duplicazioni dei centri di spesa e di quelli organizzativi in genere. Risparmiare, per reinvestire, è la speranza. Anche se poi è rimasta in discussione fino all'ultimo la questione dei metodi di riparto dei fondi, soprattutto davanti al pressing del Sud, con la Campania in prima fila a reclamare aspetti di deprivazione socio-economici. Ma tant'è. Le regole potrebbero restare quelle che sono, più o meno, sebbene il Lazio abbia incassato proprio l'altro ieri il riconoscimento (vale almeno 400 mln) dall'Istat di oltre 300mila abitanti in più. E in sospenso resterà fino all'ultimo anche la cancellazione della possibilità per i governatori delle regioni in deficit di essere contemporaneamente anche commissari ad acta. C'è poi il capitolo delicato del personale che potrebbe riservare sorprese. Come quella di prevedere l'ingresso in servizio di medici non specializzati: si formeranno in ospedale, ma non avranno un contratto da dirigenti. Non a tutti piacerà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE
CELLULE STAMINALI

Stamina: un decreto per bloccare i giudici

Il governo: decisioni in contrasto che violano l'ordinanza Aifa

PAOLO RUSSO
ROMA

Per mettere fine al cortocircuito giudiziario su Stamina il governo è pronto a calare la carta di un decreto bloccagudici. Una decisione maturata nelle stanze del ministero della Salute, ma sollecitata dalla stessa maggioranza a fronte di una situazione sempre più paradossale, che vede i medici degli Spedali Civili di Brescia stretti tra l'incudine e il martello. Pressati da un lato dalle ordinanze di alcuni Tribunali che impongono le infusioni, obbligati dall'altro a rispettare un'ordinanza dell'Aifa, l'Agenzia ministeriale del farmaco, che invece vieta quelle stesse infusioni per assoluta mancanza dei requisiti di sicurezza richiesti per la salvaguardia dei pazienti.

Il dubbio da sciogliere è sul veicolo, un decreto ad hoc o un emendamento a uno dei provvedimenti urgenti in itinere, ma il dado è oramai tratto. Si agirà modificando l'articolo 700 del codice di procedura civile, quello che autorizza i provvedimenti d'urgenza

500
cause
Nel corso dei mesi
molte famiglie si sono
rivolte ai giudici

dei giudici. La nuova norma vieterebbe la disapplicazione da parte dei giudici del lavoro di ordinanze amministrative come quella dell'Aifa, che nel 2012 ha imposto lo stop a Stamina per mancato rispetto a Brescia delle buone norme di fabbricazione di medicinali a base di cellule staminali, tra i motivi che hanno spinto i medici degli Spedali Civili ad imboccare la strada dell'obiezione di coscienza. Una situazione di stallo che recentemente il Tribunale di Pesaro ha forzato, affidando la prosecuzione delle cure per un piccolo paziente al commissario ad acta Marino Andolina, che è poi vicepresidente

di Stamina Foundation, pluri-inquisito dalla Procura di Torino. In attesa che il governo cali le sue carte, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, parla di «decisioni della magistratura in contraddizione tra di loro». «Se dovessimo dar retta al buon senso - afferma - attenderemmo le decisioni del comitato scientifico lasciando alla scienza e non alla magistratura l'ultima parola su questo caso».

Intanto la seconda sezione civile del lavoro del Tribunale di Catania, nel respingere l'ennesima richiesta di prosecuzione delle infusioni Stamina afferma che non ci sarebbe bisogno di nuove norme per bloccare il cortocircuito bresciano. Semplicemente perché basterebbero quelle che ci sono già. Innanzitutto «non risulta comprovato (...) che il trattamento invocato sia assistito dai dati scientifici che ne giustifichino l'uso».

Né per i giudici vale come requisito l'avviata collaborazione con gli Spedali Civili di Brescia, sulla quale sussisterebbero «ragionevoli motivi per dubitare della correttezza della pro-

cedura intrapresa». Ma soprattutto per i magistrati catanesi non vale appellarsi, come hanno fatto diversi loro colleghi, al decreto dell'ex ministro Balduzzi, che autorizzava la prosecuzione delle terapie già avviate. Questo perché la versione poi modificata del provvedimento poneva come condizione la lavorazione «secondo procedure idonee alla lavorazione e

Il ministro Lorenzin:

«Il buon senso ci dice

che l'ultima parola

la deve avere la scienza»

alla conservazione di cellule e tessuti». Condizioni mai riscontrate né dai carabinieri dei Nas nel corso delle loro ispezioni ai laboratori di Brescia né dagli esperti dell'Aifa, che poi emise l'ordinanza che imponeva lo stop a Stamina nell'ospedale bresciano. Una disposizione troppe volte disapplicata dai giudici del lavoro e che ora governo e Parlamento si apprestano a far valere una volta per tutte con forza di legge.

I precedenti

L'altalena giudiziaria

Oltre 500 ricorsi in due anni. La maggior parte delle ordinanze dei tribunali hanno vietato quelle infusioni ritenute il nulla dall'Istituto superiore di sanità, se non pericolose. Ma altri hanno accolto. Un'altalena giudiziaria.

Caso Noemi

Esempio eclatante dell'altalena giudiziaria. A novembre 2013, il giudice dell'Aquila re-

spinge il ricorso della famiglia della piccola affetta da Sma1. Passa solo un mese e lo stesso Tribunale inverte la decisione ordinando «l'immediata somministrazione».

La sentenza anti-ciarlatani

A marzo è il Tribunale di Torino a vietare Stamina, accusando Vannoni e i suoi di essere dei «ciarlatani». L'ordinanza è un atto di accusa verso

l'informazione distorta di alcune trasmissioni tv, ma anche contro quei «colleghi» giudici.

La bambina di Modica

Il Tribunale di Ragusa il mese scorso impone che siano praticate le infusioni alla bimba affetta dal morbo di Niemann Pick entro 5 giorni. Non si trovano medici disposti ad eseguire l'ordine. La bimba muore il 3 giugno scatenando nuove, feroci polemiche.

Andolina commissario

Per aggirare l'obiezione di coscienza dei medici bresciani il Tribunale di Pesaro commissaria l'ospedale, incaricando il plurinquisito Marino Andolina di far eseguire le infusioni. Il Csm avvia un procedimento nei confronti dei giudici che si difendono ignorando quanto apparso con grande evidenza in giornali e Tv: «Non sapevamo che fosse inquisito». [PA. RUS.]



Il ministro leri la Lorenzin ha ribadito: «Se dovessimo dar retta al buon senso attenderemmo le decisioni del Comitato scientifico»

QUEI TURISTI PER MOTIVI DI FAMIGLIA

CHIARA SARACENO

NEGLI anni Sessanta e Settanta si andava all'estero per abortire. Ora si va all'estero per effettuare la riproduzione assistita con donatore o donatrice — che fino a poche settimane fa era proibita in Italia anche alle coppie ed ora continua ad esserlo alle donne sole — o per fare un Pacs o un matrimonio con una persona dello stesso sesso, o per avere un figlio con la mediazione di una donna che accetta di fare da gestante.

Ci si va anche per ottenere un divorzio in tempi più brevi (cinque anni in media, secondo gli ultimi dati Istat) e con costi inferiori a quelli richiesti dalla macchinosa e punitiva legge italiana. Basta digitare su un motore di ricerca "riproduzione assistita", "madre surrogata" o "divorzio breve" per essere inondati da offerte "chiavi in mano" dai paesi più vari, molti dell'Est europeo, spesso con la mediazione di agenzie e studi italiani. Non sono più i divi ad andare ad Hollywood per sciogliere un matrimonio finito. Basta recarsi in Romania per ottenere un divorzio a costi contenuti e in tempi brevi, con il vantaggio della garanzia offerta dal Regolamento (CE) n. 2201/2003 del Consiglio del 27 novembre 2003, che garantisce che un divorzio (come un matrimonio tra persone di due sessi diversi) ottenuto in qualsiasi Paese membro sarà automaticamente trascritto nel Paese di appartenenza.

La globalizzazione è anche questo: la possibilità, in alcuni casi informale, ma nel caso del divorzio formalizzata in regolamenti comunitari e internazionali, di ottenere in un altro Paese ciò che non è possibile ottenere nel proprio. Non occorre emigrare, come succede per la ricerca di lavoro. Basta recarsi all'estero per il periodo di tempo strettamente necessario alla procedura, per poi farne riconoscere gli esiti nel proprio Paese.

Certo, possono rimanere delle zone d'ombra, dei rapporti non riconosciuti automaticamente, come nel caso del matrimonio omosessuale non riconosciuto come tale in

Italia, ma che sempre più apre a diritti di coppia anche nel nostro Paese (ad esempio al diritto al ricongiungimento familiare), o ancora del non riconoscimento dello status di genitore a quello che non lo è biologicamente, sempre nella coppia omosessuale. Tuttavia la possibilità di ottenere in un altro Paese ciò che non è possibile in Italia ha aperto opportunità un tempo sconosciute e riservate a pochi molto ricchi.

La regolazione della famiglia è uno degli ambiti più gelosamente custoditi dagli stati

nazionali sul piano formale. Ciò causa non poche difformità da un Paese all'altro su che cosa e chi è riconosciuto come famiglia, con l'Italia che ha, tra i Paesi democratici, una delle legislazioni più restrittive. Eppure, sono molte e inarrestabili le breccie in questa rigidità prodotte sia dai regolamenti comunitari e internazionali, sia dalla capacità delle persone di utilizzare la mobilità geografica e la difformità delle leggi nazionali.

Anni fa l'Irlanda aveva provato ad impedire che le sue cittadine si recassero nella vicina Inghilterra per ottenere un aborto, proibito nel loro Paese. Alla fine dovette cedere. Sarebbe opportuno che anche in Italia la regolazione della famiglia fosse meno ipocrita, negando ciò che invece riconosce e avviene altrove. Eviterebbe così anche di avallare una inedita forma di disuguaglianza tra chi può pagarsi un viaggio, prendersi ferie, informarsi, e chi invece non può. Giacciono in Parlamento troppe proposte di legge, o leggi approvate da una sola Camera, sulla complessa materia familiare che, dopo una prima fiammata di attenzione, rimangono nel limbo: dalla legge sul doppio cognome a quella sul divorzio breve, alle molte sulle unioni civili ed altre ancora. La corte Costituzionale, pur con qualche ambiguità, ha mandato più volte segnali al legislatore perché si muova. Lo stesso ha fatto la corte di Cassazione ed anche entrambe le corti europee. Se davvero si è preoccupati che ciascuno si faccia il proprio diritto di famiglia *à la carte*, scegliendo nel menu delle leggi dei vari Paesi, sarebbe il caso che il legislatore italiano assumesse un atteggiamento meno ottusamente, e ipocritamente, difensivo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“
Ora si va all'estero per la riproduzione assistita per sposarsi con una persona dello stesso sesso o per ottenere un divorzio in tempi brevi
”



Show down (forse) in settimana, ma per ticket e Lea sono previste misure successive

Governo-Regioni, Patto e rinvii

Farmaci: l'Aifa rivedrà il Prontuario - Dieta in vista per le dimensioni delle Asl

Dirittura finale per il Patto della salute: dopo aver sconvocato la conferenza delle Regioni, che la scorsa settimana avrebbe dovuto sottoporre ai governatori il lavoro di tecnici, ministero e assessori perché scrittura e ritocchi andavano per le lunghe, per giovedì è in cantiere lo show down. Quanto meno con un testo condiviso e completo che potrebbe approdare in Stato-Regioni subito o dopo una ulteriore settimana di tempo "tecnico", ma che sarebbe comunque il nuovo Patto della salute 2014-2016 promesso entro giugno. E che non «deve essere un libro dei sogni - ha affermato il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** la scorsa settimana in audizione alla Camera - ma deve realizzare cose chiare, concrete e attuate con clausole di salvaguardia. Basta anche fare a meno di tutto quello che si vorrebbe, ma farlo sul serio».

I risparmi restano nel Ssn.

Con una premessa delle Regioni che rafforza e puntualizza i modelli di applicazione del nuovo Titolo V: «L'organizzazione resta a noi e allo Stato vanno solo le norme generali», è un concetto ripetuto in più punti del documento che la scorsa settimana era di 26 articoli, ma dove ancora alcuni di questi erano in bianco, su cui hanno giurato di tenere duro il ministro della Salute, Lorenzin, e i governatori: tutti i risparmi che si otterranno con le misure già scritte e, successivamente, con la revisione dei Lea, resteranno "in casa" per rimpinguare le risorse sanitarie destinate a investimenti e assistenza.

«I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie», si legge nelle prime righe dell'articolo sul finanziamento, in cui si confermano per i tre anni gli importi di 109,9 miliardi,

112,06 e 115,44 miliardi, tenuto conto di tutti gli effetti del Pil calante e delle misure sul personale dell'Economia.

E ancora, più avanti, «fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009 (la Finanziaria 2010 e l'articolo è quello sulle aliquote e sulle spese delle Regioni in piano di rientro, per le quali invece resta ancora in bilico la decisione se prevedere o meno che il commissario non sia più il governatore e che comunque dovranno essere ridisegnati e si chiameranno "piani operativi"), si conviene altresì che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimangano nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie».

Medici nel Ssn senza specializzazione. Tra le novità che dovranno essere discusse questa settimana - le riunioni a oltranza riprendono martedì - oltre al capitolo farmaci c'è anche quella che riguarda i medici ospedalieri, in cui si prevede la possibilità di assunzione per i non specializzati ai quali non potranno essere assegnati incarichi direttivi però, fino al compimento dell'iter formativo. E ancora, nel Patto è scritta a chiare lettere per la dirigenza la separazione tra funzione gestionale professionale, mentre per tutte le professioni si sta scrivendo il meccanismo di un «sistema dinamico» escludendo «ingesture organizzative, nelle progressioni di carriera, nel rispetto comunque dei vincoli previsti dalla legislazione vigente con riguardo agli effetti delle stesse, favorendo meccanismi di valorizzazione professionale sia di natura economica che giuridica capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo».

Finanziamento con meno vin-

coli. Sul finanziamento poi si allentano i vincoli di utilizzo dei fondi per gli obiettivi di Psn (che devono essere raggiunti, ma le Regioni possono utilizzare liberamente le relative risorse purché sempre in ambito sanitario), mentre si rafforza la necessità di prevenzione e si stabiliscono a priori i finanziamenti anno per anno per il relativo piano nazionale (v. tabella).

E si prevedono «ulteriori criteri per le forme premiali, che riguardano anche l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza oltre che gli attuali criteri di natura economico-finanziaria per le Regioni che hanno assicurato sia l'equilibrio economico che l'appropriata erogazione dei Livelli essenziali di assistenza».

Aziendalizzazione new look con meno Asl. Questi i presupposti, già scritti e in linea di massima approvati. Che nelle premesse indicano anche la necessità di un cambio di rotta nell'aziendalizzazione che «dovrà tendere a preservare il presidio territoriale nelle funzioni di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi evitando la ridondanza, dovuta alla meccanica replicazione della struttura fondamentale dell'azienda, di quei servizi aziendali con funzioni di supporto amministrativo generale, tecnico-logistico e sanitario intermedio la cui ubicazione (aziendale o sovra aziendale) non inficia i presupposti di autonomia e responsabilità tipici del modello aziendale né influenza la qualità e l'accessibilità nelle cure e nei servizi». E le Regioni si impegnano «a rivedere, entro ... (la data ancora non c'è nel testo della scorsa settimana) gli assetti organizzativi, dei propri Ssr, con individuazione delle dimensioni minime delle aziende Usl (non inferiori a ...000 abitanti) e delle funzioni da centralizzare a livello regionale/sovraziendale delle tecnostutture di supporto, con particolare e prioritario riferimento agli acquisti di beni e servizi, al reclutamento e alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale».

Nuovo Prontuario ma rinvio per ticket e Lea. Patto ancora in divenire, quindi. Con una serie di rinvii a momenti successivi per le materie più delicate che, giurano Regioni e ministero, si concluderanno comunque entro l'anno. Primo tra tutti quello della revisione dei ticket, per vagliare l'ipotesi di una compartecipazione alla spesa del sistema sanitario nazionale proporzionale al reddito, alla composizione del nucleo familiare e alle patologie, con modalità però scelte più avanti nell'anno anche per fare bene i conti ed evitare pasticci burocratici. E per la farmaceutica in generale torna in auge - e si rafforza - la ripulitura del prontuario da parte di **Aifa** già prevista nella legge Balduzzi, ma ancora non andata in porto. Così come la norma sull'intramoenia per la quale il Patto ribadisce con forza la necessità di immediata applicazione per rientrare nel «regime ordinario».

Anche per i Lea, di cui al tavolo si parla, la decisione finale sarà presa più avanti, anche se nel testo del Patto è comunque previsto che «si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea e stabiliti per i direttori generali sia «grave inadempimento contrattuale» con la previsione di loro decadenza automatica».

Agenzie da riformare. Uno dei tasselli certi del puzzle che in ore e ore di riunione si sta componendo è quello della riforma di Agenas, **Aifa** e Iss, per la quale il ministro si impegna entro un periodo stabilito a ridefinire ruolo e competenze.

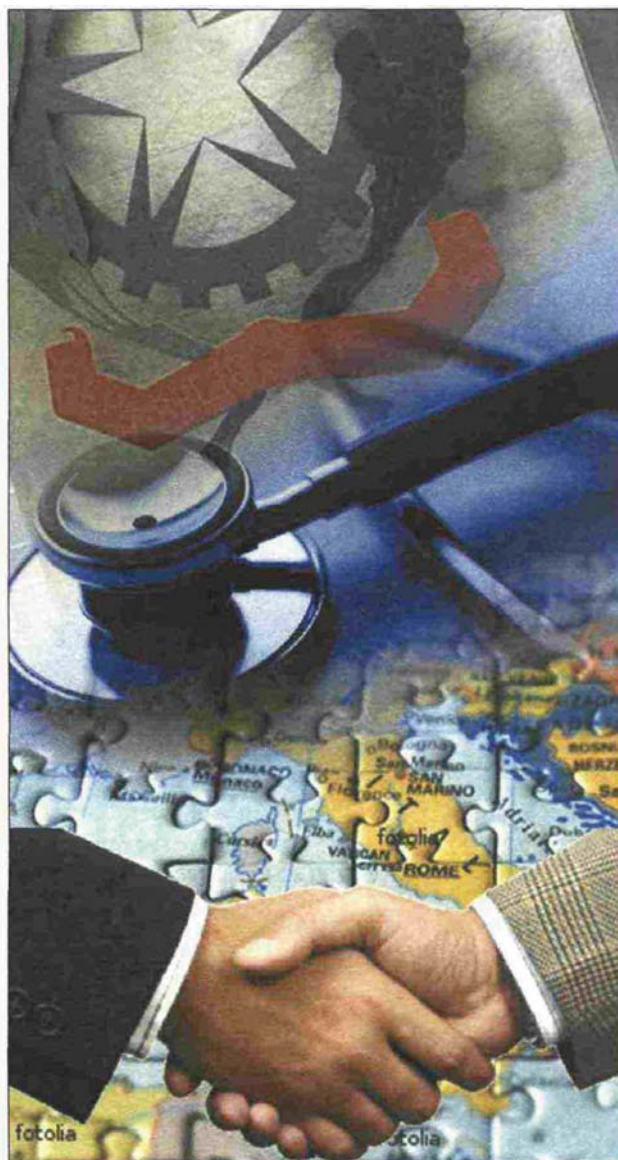
Ospedali, arrivano gli standard. Anche gli standard ospedalieri dovranno essere approvati a stretto giro (ma non entreranno nel Patto per non ingolfarlo), tanto che già si sono messe a fuoco le modifiche al vecchio testo e, andando incontro a una richiesta delle Regioni, si cambiano le scelte sulla chiusura delle piccole strutture private con meno di 60 posti letto. L'orientamento è di cambiare questo limite a 80 posti letto, ma con la possibilità di esprimere un accorpamento amministrativo di più strutture, ma

inferiori però a 40 posti letto tra autorizzati e accreditati. Il tutto scaterrebbe dal 2016. Nessun rischio invece per le strutture monospécialistiche che non rientrerebbero nelle previsioni. In generale per gli ospedali si conferma la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri a 3,7 per mille, come previsto nella spending review, «da realizzare in un lasso temporale congruo, anche per recuperare risorse da investire sul territorio». Il criterio dei posti letto è stato però definito dallo stesso ministro «vetusto e sorpassato», ma ha anche aggiunto che «ci vorrà del tempo prima di poter passare a un altro tipo di misurazione».

Hta per farmaci e dispositivi. Poi, tra gli articoli ancora da firmare, c'è la previsione di Hta (Health Technology Assessment) a go-go per farmaci e dispositivi medici e un articolo - che invece è in "versione avanzata" tutto per la mobilità transfrontaliera. Si prevede tra l'altro, oltre all'applicazione immediata di linee guida ad hoc, «di procedere all'analisi sistematizzata, ai fini di una loro eventuale revisione e/o modificazione, e/o integrazione, delle norme che consentono il ricorso all'assistenza sanitaria all'estero, attesa la complessa applicazione delle stesse in modo omogeneo sul territorio nazionale e al fine di offrire le massime garanzie di tutela ai cittadini e realizzare nel contempo un costante monitoraggio della mobilità internazionale, per individuare e contenere fenomeni di ricorso inappropriato alle cure».

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici assunti nel Ssn anche senza la specializzazione

Le risorse per il Piano nazionale prevenzione per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016 (euro)

Regione	Popolazione all'1/1/2013	Risorse da vincolare sugli obiettivi di Psn	di cui 5 per mille	Risorse da quota indistinta delibera Cipe	Totale
Piemonte	4.374.052	17.588.481	-	14.657.067	32.245.548
Valle d'Aosta	127.844	514.073	-	428.394	942.467
Lombardia	9.794.525	39.384.721	-	32.820.601	72.205.321
Boziano	509.626	2.049.255	-	1.707.712	3.756.967
Trento	530.308	2.132.419	-	1.777.016	3.909.435
Veneto	4.881.756	19.630.007	-	16.358.339	35.988.347
Friuli V.G.	1.221.860	4.913.216	-	4.094.346	9.007.562
Liguria	1.565.127	6.293.525	-	5.244.604	11.538.130
Emilia Romagna	4.377.487	17.602.293	-	14.668.578	32.270.871
Toscana	3.692.828	14.849.214	-	12.374.345	27.223.559
Umbria	886.239	3.563.652	-	2.969.710	6.533.361
Marche	1.545.155	6.213.216	-	5.177.680	11.390.896
Lazio	5.557.276	22.346.338	-	18.621.948	40.968.286
Abruzzo	1.312.507	5.277.716	-	4.398.097	9.675.813
Molise	313.341	1.259.974	-	1.049.978	2.309.953
Campania	5.769.750	23.200.716	-	19.333.930	42.534.646
Puglia	4.050.803	16.288.666	-	13.573.888	29.862.554
Basilicata	576.194	2.316.931	-	1.930.776	4.247.707
Calabria	1.958.238	7.874.262	-	6.561.885	14.436.147
Sicilia	4.999.932	20.105.204	-	16.754.337	36.859.541
Sardegna	1.640.379	6.596.121	-	5.496.767	12.092.888
Italia	59.685.227	240.000.000	1.200.000	200.000.000	440.000.000

VIA LIBERA FINALE DELLA CAMERA ALLA LEGGE

Decreto Irpef: beni e servizi alle prese coi tagli

Il decreto Irpef è legge. La Camera l'ha convertito la scorsa settimana con 322 sì, 149 no e 8 astenuti. E i capitoli che interessano la Sanità sono rimasti pressoché invariati rispetto al testo del Senato.

Beni e servizi. Alle Regioni tocca un risparmio di 700 milioni (di cui 500 per quelle a statuto ordinario). Non si fa cenno alla Sanità, ma il capitolo è evidentemente nel mirino visto che il settore assorbe il 75% dei bilanci locali. Gli obiettivi da raggiungere dovranno essere determinati da un decreto del presidente del Consiglio dei ministri entro 30 giorni dall'entrata in vigore del Dl in modo da determinare minori riduzioni per gli enti che:

- a) acquistano a prezzi i più prossimi a quelli di riferimento se esistenti;
- b) registrano minori tempi di pagamento dei fornitori;
- c) fanno più ampio ricorso agli strumenti di acquisto messi a disposizione da centrali di committenza.

Le amministrazioni pubbliche che devono ottenere i risparmi sono autorizzate nel decreto a una serie di azioni. Tra queste possono ridurre gli importi dei contratti in essere per l'acquisto o la fornitura di beni e servizi del 5% (come nella bozza di ingresso del decreto era scritto per i contratti sanitari) a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto e per tutta la durata dei contratti medesimi. Le parti hanno la facoltà di rinegoziare il contenuto dei contratti in base alla riduzione e chi fornisce beni e servizi può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla comu-

nicazione della riduzione senza alcuna penalità.

Sempre le varie amministrazioni sono anche tenute ad assicurare che gli importi e i prezzi dei contratti per l'acquisto di beni e servizi stipulati dopo l'entrata in vigore del decreto non siano superiori a quelli esistenti dopo le riduzioni e comunque non siano superiori ai prezzi di riferimento, se ci sono, o ai prezzi dei beni e servizi previsti nelle convenzioni quadro stipulate da Consip.

Gli atti e i contratti che violano le disposizioni sono nulli e sono "rilevanti ai fini della performance individuale e della responsabilità dirigenziale di chi li ha sottoscritti". Ma il decreto prevede anche che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono adottare misure alternative di contenimento della spesa corrente per ottenere risparmi comunque non inferiori a quelli derivanti dall'applicazione delle regole precedenti.

Per gli acquisti di beni e servizi poi, oltre all'utilizzo massiccio di Consip si dovrà prevedere una centrale unica in ciascuna Regione, che parteciperà anche al tavolo tecnico per il monitoraggio di tutta l'attività.

Tempi di pagamento. Il capitolo stavolta coinvolge direttamente anche la Sanità, con due articoli specifici dedicati ai debiti sanitari che non saranno sanzionati in caso di inosservanza dei tempi prescritti (90 e 60 giorni) come per il resto delle amministrazioni con il blocco assoluto delle assunzioni di personale, ma sui tempi di pagamento le Regioni dovranno trasmettere una relazione contenente tutte le informazioni e le iniziative assunte in caso di loro superamento secondo la legislazione vigente (e i tempi medi in Sanità vanno quasi sempre ben oltre i 200 giorni con punte in alcuni enti anche oltre i 1.200).

La trasmissione della relazione e l'adozione delle misure idonee e congrue eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamenti costituisce adempimento regionale.

Per quanto riguarda i debiti sanitari, nei due articoli che li riguardano è stabilito che per il 2014 il Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili del Ssn è incrementato di 770 milioni di euro. Le Regioni che non hanno ancora chiesto le anticipazioni per il pagamento dei debiti sanitari cumulati fino ad aprile 2013 dovranno presentare domanda di accesso al Fondo entro 15 giorni dalla data di conversione del Dl. Pena la procedura di diffida e commissariamento.

Stesso percorso per chi, avendo ottenuto le anticipazioni, non risolve il problema dei ritardi di pagamento.

Tagli ai ministeri. Sotto la scure della spending review ci sono anche i ministeri, tenuti ad assicurare un obiettivo di risparmio di spesa complessivo di 200 milioni per il 2014. Al ministero della Salute nel 2014 tocca un taglio di 5,8 milioni che diventano 8,7 sia nel 2015 che nel 2016.

E per farlo gli obiettivi saranno decisi in un Dpem ad hoc, ma i ministeri dovranno comunque rivedere i loro regolamenti di organizzazione, compresi quelli degli uffici di diretta collaborazione.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le ricette per ridurre la spesa

Azzerare i tempi di pagamento

GARACI E BETTONI: NESSUN DISAVANZO

Scatta il commissariamento per l'Iss

«**A**tto dovuto», «misura necessaria». Con queste motivazioni il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha manifestato l'intenzione di commissariare l'Istituto superiore di Sanità (Iss). Per diventare ufficiale, la decisione dovrà comunque essere adottata in via formale del Consiglio dei ministri. Il provvedimento sarebbe una diretta conseguenza dei buchi di bilancio negli esercizi dell'Iss del 2011, chiuso con oltre 26 milioni di euro di rosso, e del 2012, in cui le perdite sono state di 4,244 milioni. La mossa dell'esecutivo Renzi arriva peraltro dopo l'intervento della Corte dei conti, che aveva espresso preoccupazione sui saldi negativi dell'Iss. L'eventuale commissariamento avrebbe conseguenze sui nuovi vertici dell'Iss, il presidente Fabrizio Oleari, scelto a inizio 2013 dall'allora ministro della Sanità, Renato Balduzzi, e il neo direttore generale, Angelo Lino Del Favero, in carica dal 19 marzo 2014.

Il ministro Lorenzin invita però a interpretare il possibile commissariamento "come un fatto positivo che ci permetterà - spiega - di riorganizzare l'Istituto. Permetterà di rafforzare le funzioni dell'Iss che - sempre secondo la titolare della Sanità - deve diventare un grande istituto di ricerca, con più mezzi». Quanto alla

posizione dei sindacati, Lorenzin sottolinea che «il nostro compito è far rispettare la legge e permettere all'Iss di continuare a lavorare, lavorare meglio e avere possibilmente più disponibilità economiche».

In merito all'ipotesi del commissariamento intervengono anche l'ex presidente Enrico Garaci, che ha guidato l'Iss per 12 anni, e l'ex direttore generale Monica Bettoni. «Non viene evidenziato - spiega Garaci in una nota - che quel saldo negativo era ampiamente compensato da un avanzo di gestione rispettivamente di 27 milioni e 27,4 milioni. Se ci fosse stato un saldo negativo - prosegue Garaci - mi domando come avrebbe potuto essere approvato dagli organi di controllo».

Da parte sua invece l'ex dg Monica Bettoni rileva che «non si tratta di buco di bilancio ma di utilizzo dell'avanzo di amministrazione per far fronte alla consistente riduzione dei finanziamenti pubblici per gli enti di ricerca negli anni 2010, 2011 e 2012, senza arrivare a liquidazioni di massa del personale. L'ente ha tenuto - prosegue Bettoni - un comportamento virtuoso di progressiva riduzione della spesa, di abolizione degli sprechi, di restrizioni, proprio al fine di mantenere l'equilibrio finanziario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NESSUNA GARANZIA DAL MECCANISMO ATTUALE

Il vicolo cieco dei piani di rientro

DI ETTORE JORIO *

Con l'attuale regolazione che disciplina i "piani di rientro" e, nel particolare, i commissariamenti ad acta delle Regioni con i conti sanitari in dissesto - fatti spesso passare come strumenti di bonifica nonostante il loro acclarato insuccesso nella loro attuale dimensione e forma - non si arriverà da nessuna parte, né in termini di politica di risanamento dei bilanci né tampoco di garanzia dell'esigibilità dei Lea.

Ciò in quanto i risultati (non) conseguiti determinano nella quasi totalità delle Regioni meridionali - a fronte di un naturale miglioramento dei conti realizzato (quasi) esclusivamente con le economie derivanti dal blocco del turnover - la desertificazione dei siti di assistenza. Questi ultimi intesi soprattutto quali presidi destinati a garantire il livello di prestazione ospedaliera, ma anche come servizi territoriali, peraltro poco diffusi per non dire quasi assenti, dedicati all'offerta salutare di prima istanza in senso lato, comprendendo pertanto la prevenzione e la riabilitazione.

Tutto questo rappresenta il risultato di una legislazione nata male. Mal pariorita perché costruita per affrontare il problema in modo generalizzato, a fronte dell'emergenza economica e prestazionale che si manifestava nella quasi totale incuranza, concausa dell'espandersi del debito pubblico. Una disciplina normativa allora delineata come misura emergenziale, in quanto tale non sufficientemente pensata, e senza conoscere profondamente le cause generatrici del malessere gestionale che affliggeva la metà del Paese.

Si è così introdotto un format procedurale generico del percorso di risanamento dei conti dissestati e di una assistenza sanitaria non propriamente all'altezza, cui sono state sottoposte sino a oggi ben undici Regioni, di cui tre venute fuori celermente, loro sponte, dall'incancrenimento progressivo del deficit. Anche la rete dei controlli, così come prevista e affidata ai due ben noti Tavoli ministeriali, ha dimostrato la sua insufficienza perché fatta di verifiche ex post e "condizionata" negli esiti.

Si diceva, uno strumento nato male e dunque da riscrivere, prova ne è stata la sua malriuscita nel conseguire il risultato voluto, ma anche l'inadeguatezza della sua sopravvenuta definizione, quasi a rappresentare il concretizzarsi di un lapsus linguae freudiano.

Nella norma introduttiva (comma 174, articolo 1, della legge 311/2004) era, infatti, dato

rilevare che il suo nomen iuris era: «programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio». Una definizione appropriata perché in stretta conformità con la ratio legislativa dell'epoca votata al rinsavimento delle Regioni incapaci di generare correttamente ex se l'assistenza sanitaria.

Un'aspirazione, questa, tuttavia disattesa proprio perché normativamente introdotta senza tenere conto degli strumenti utili a intervenire sulle peculiarità negative che distinguevano le Regioni rese destinatari dell'intervento risanatore. Una ragione che ha fatto sì che i detti programmi - da perfezionare in un apposito accordo-intesa Governo-Regione interessata - sono stati comunemente degradati lessicalmente a meri "piani di rientro", a dimostrazione del pessimismo che sovrastava in relazione agli esiti pretesi dal legislatore.

Una tale scelta legislativa, estremamente difensiva, ha rappresentato il modo peggiore per risolvere i drammi economico-finanziari vissuti da numerose Regioni in materia di salute, che hanno ivi compromesso l'esigibilità dei Lea da parte dei cittadini. Ciò in quanto il risanamento veniva e viene affidato a criteri meramente ragionieristici, fondati sui cosiddetti tagli lineari (che più lineari di come sono quelli fondati sul blocco del turnover non è possibile rinvenire), senza tenere in alcun conto la previsione dei

necessari investimenti produttivi, propedeutici ad assicurare il cambiamento in melius delle pratiche assistenziali.

Da siffatti percorsi, nati male e andati peggio nel tempo, sono a loro volta scaturiti i commissariamenti ad acta, affidati esclusivamente al presidente della Regione medesima, quasi a volere premiare (fatte le dovute eccezioni), con una irragionevole prova di fiducia, il verosimile responsabile del disastro cui si intendeva offrire rimedio.

Una esclusiva cui si è dato fortunatamente riparo (articolo 2, comma 6, della legge 213/2012, di conversione del decreto legge n. 174) con l'individuazione dell'opzione (e non già del doveroso obbligo) di nominare in sua vece soggetti terzi, in possesso delle necessarie competenze tecnico-giuridiche e gestionali.

Tutto il resto è storia, otto Regioni in piano di rientro residue a oggi, di cui cinque commissariate da ben oltre il triennio previsto. Quanto a queste ultime, rappresentative di circa la metà della popolazione nazionale, sono allo spasimo. Garantiscono appena la diminuzione dei

loro deficit in un valore pressoché uguale (solo sulla carta) al blocco del turnover fisiologico, ovverosia dell'indispensabile flusso naturale del personale sanitario che esce ed entra nei servizi dei rispettivi Ssr per effetto dei normali eventi (pensionamenti/licenziamenti e assunzioni) che caratterizzano la vita delle Asl e delle Ao.

Una tale situazione determina una consistente desertificazione delle corsie lato sensu con conseguente grave disagio per i cittadini, tanto penalizzati da arrivare a registrare nei loro confronti la negazione assoluta del diritto alla tutela della salute.

Fino a quando si potrà andare avanti così? La situazione venutasi a determinare non è più sostenibile, e non solo nelle cinque Regioni commissariate, peraltro gravate di costi multi milionari, del tipo quelli sostenuti per i mutui - cui far fronte (ahinoi) con le risorse da destinare ai Lea - e di quelli sopportati per gli advisor, attesa la compresenza dei revisori aziendali e quelli regionali di recente introduzione.

È il sistema che va modificato, principalmente nel riportare nelle Regioni interessate una sana programmazione, la più condivisa possibile, e una gestione ordinaria, divenuta insostenibile nel suo attuale esercizio.

Al riguardo, oltre all'introduzione a regime

dei costi/fabbisogni standard e alla realizzazione della spending review a regime, andrebbero approvate misure legislative e previste risorse finanziarie da destinare a quegli investimenti produttivi realmente incidenti nel determinare, ove occorre, un serio programma riorganizzativo del sistema sanitario.

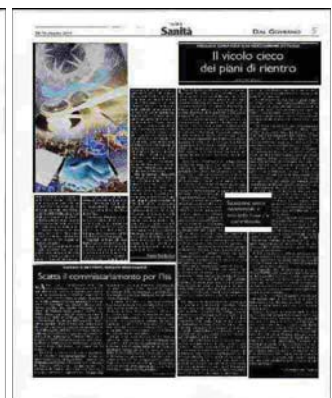
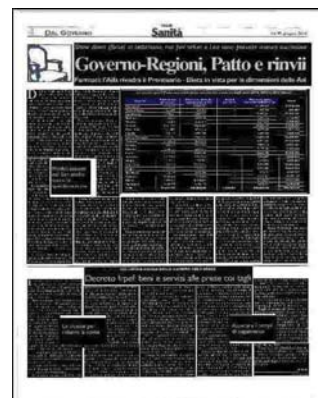
Al riguardo, anche le Regioni dovranno normativamente fare la loro parte in termini di razionalizzazione dei loro rispettivi sistemi di spesa in stretta funzionalità alle loro esigenze caratteristiche.

Quanto alla gestione commissariale in senso proprio andrebbero introdotte misure tali da non ridurre l'intervento all'applicazione di rimedi ragionieristici finì a se stessi bensì tendenti a ripristinare, come detto, le regole della buona programmazione, fatta di rilevazioni serie, sia sul piano del bisogno epidemiologico da soddisfare che della spesa effettuata male per decenni, propedeutiche a imporre le regole del buon andamento e della trasparenza. Un modo per rimediare a quelle insane gestioni che hanno reso, frequentemente, le Regioni del sud le peggiori amministrate, a esclusivo discapito dei diritti di cittadinanza delle collettività di rispettiva appartenenza e a spregio del "tesoro" statale, con una forte incidenza nella produzione del debito pubblico.

* *Università della Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Situazione ormai
insostenibile e
non solo dove c'è
il commissario



IN UE 37MILA MORTI L'ANNO PER INFEZIONI IN OSPEDALE

REPORT COMMISSIONE. ITALIA INDIETRO SU FORMAZIONE OPERATORI

(ANSA) - ROMA, 23 GIU - "Ogni anno nell'Unione Europea circa 4,1 milioni di pazienti hanno un'infezione ospedaliera e almeno 37.000 di loro muoiono per le conseguenze". quanto rileva il report della Commissione Ue sulla "Sicurezza del paziente e infezioni ospedaliere". Il rapporto che e' accompagnato da altri due documenti rappresenta una valutazione dei progressi fatti nell'ambito della sicurezza dei pazienti dalla raccomandazione sul tema del 2009 del Consiglio. Ma gli ostacoli da rimuovere (tagli al budget, scarsa consapevolezza del problema, 'cultura della colpa' e non dell'analisi delle cause, scarso coinvolgimento pazienti) sono ancora molti. "La buona notizia - ha dichiarato Tonio Borg, Commissario Ue per la Salute - e' che la maggior parte degli Stati ha attuato programmi per la sicurezza dei pazienti. La cattiva e' che, nonostante i progressi, nelle strutture sanitarie continuano a registrarsi eventi sfavorevoli e la sicurezza dei pazienti e' raramente contemplata nella formazione del personale sanitario". Le stime segnalano come l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedale subisce un evento avverso, come un'infezione associata all'assistenza sanitaria (approssimativamente il 25%). Si calcola che in un dato giorno almeno 1 paziente su 18 ricoverati in ospedali europei ha una infezione ospedaliera. Si stima inoltre che il 20-30% delle infezioni nosocomiali puo' essere evitato applicando programmi intensivi di igiene e controllo delle infezioni. "Non si tratta solo di una questione di salute pubblica - si legge nel report - questo problema rappresenta un notevole onere economico". Per quanto riguarda l'Italia (per la quale hanno partecipato alla consultazione il Centro GRC della Regione Toscana e il ministero della Salute) e' indietro sulla formazione degli operatori sanitari e sull'"empowerment" del cittadino (fornire informazioni sulle misure di sicurezza, il diritto al consenso informato, le procedure di reclamo e i meccanismi di ricorso), mentre sono stati segnalati parziali avanzamenti sui programmi e politiche per la sicurezza e sui sistemi di reporting. Da evidenziare anche il dato che vede il 71% dei cittadini europei affermare che la qualita' della sanita' nel loro paese e' buona (seppur con differenze considerevoli tra i vari paesi). Mentre nel caso dell'Italia la percentuale scende al 56% e il 35% ritiene che la propria sanita' sia peggiore.(ANSA).



Medicina: studio svela ruolo immunità in demenza, italiani nel team

Ricerca internazionale guidato da cervello 'tricolore' emigrato a Londra

Milano, 24 giu. (AdnKronos Salute) - La risposta immunitaria dell'organismo alle cellule danneggiate potrebbe rivestire un ruolo chiave nello sviluppo della demenza fronto-temporale (Ftd), la forma di demenza più frequente dopo la malattia di Alzheimer, che rispetto a quest'ultima insorge in età più precoce e a volte anche prima dei 40 anni. Lo suggerisce uno studio genetico e clinico che ha esaminato 3.500 pazienti con Ftd e oltre 9.000 controlli sani in più di 40 centri fra Europa, Usa e Australia, pubblicato sull'ultimo numero di 'Lancet Neurology'.

A

La ricerca ha partecipato anche l'Unità operativa di psicologia clinica dell'azienda ospedaliera-universitaria pisana, diretta da Pietro Pietrini. E a guidare l'intero progetto c'è Raffaele Ferrari, giovane cervello 'tricolore' emigrato a Londra. "La Ftd - spiega Pietrini - è dovuta alla degenerazione delle cellule nervose nella corteccia del lobo frontale, la parte del cervello che si è sviluppata di più nell'essere umano rispetto agli altri animali e dove risiedono le funzioni più nobili quali il controllo degli impulsi, la pianificazione, il senso morale. Per questo i pazienti mostrano spesso alterazioni del comportamento, con discontrollo degli impulsi e disinibizione, che possono avere anche gravi conseguenze da un punto di vista giuridico". Gli scienziati hanno utilizzato sofisticate metodiche di analisi genetica (Genome-wide association study, Gwas), esami clinici e di neuroimaging. I ricercatori hanno osservato un'associazione significativa tra la Ftd e due nuovi loci genetici (posizione dei geni in un cromosoma) implicati nella risposta immunitaria e nell'autofagia, i processi di 'pulizia' della cellula dai detriti proteici. "Questi dati sono importanti - commenta Pietrini - perché indicano che meccanismi infiammatori immunitari nel cervello potrebbero avere un ruolo nella patogenesi della demenza fronto-temporale e aprono la possibilità di nuove strategie di intervento terapeutico". Com-Opa

Polio, tracce del virus in Brasile

Sono state trovate nelle acque di scarico in un'area vicina a un aeroporto internazionale di San Paolo. La malattia è stata debellata nel 1989, ma l'incubo potrebbe tornare



Non esiste ancora alcun caso di contagio umano, ma un ceppo del virus della [poliomielite](#) è stato identificato nelle acque di scarico in prossimità del Viracopos International Airport brasiliano, a San Paolo. L'allarme dell'Organizzazione mondiale della sanità è immediatamente scattato e la preoccupazione esiste: la polio potrebbe tornare in Brasile? Il dubbio rimane, anche se ovviamente al momento l'Oms invita alla cautela, anche in nome di un alto tasso di immunità della popolazione che ne impedirebbe la trasmissione. Al tempo stesso il campione identificato è risultato in stretta corrispondenza con un ceppo isolato nella Guinea Equatoriale dove, sebbene la polio non comparisse dal 1999, [a marzo si è registrato un caso di poliomielite in una provincia ai confini col Camerun](#).

Gli studi contro la poliomielite

La poliomielite, detta anche paralisi infantile o malattia di Heine-Medin, colpisce il midollo spinale, causando paralisi flaccida con atrofia muscolare e possibile paralisi respiratoria. La prima descrizione di un'epidemia di poliomielite risale all'inglese Badham nel 1836, ma al tempo non c'era alcun sospetto di una natura contagiosa. Anzi fino a tutto il XIX secolo la poliomielite non fu classificata, sorprendentemente, fra le malattie sicuramente infettive, malgrado la sua epidemicità. Il primo tentativo di ottenere un vaccino fu compiuto in Danimarca da Thomsen nel 1913-14, seguito da Flexner, Amoss e Levaditi. Seguì l'esperimento di Jonas Edward Salk, compiuto su 1,8 milioni di bambini e dichiarato sicuro ed efficace il 12 aprile 1955. Ma il 26 aprile, appena due settimane dopo la distribuzione del vaccino, giunse la notizia che cinque bambini in California erano rimasti paralizzati dopo avere ricevuto il vaccino antipoliomielitico di Salk. In sostanza i Cutter Laboratories, una delle numerose compagnie che avevano ottenuto la licenza dal governo degli Stati Uniti per produrre il vaccino antipolio di Salk, in quello che divenne tristemente noto come il Cutter Incident, furono protagonisti di un errore di produzione che provocò un'ingente quantità di vaccini Cutter contaminati dal virus vivo. Fu uno dei peggiori disastri farmaceutici nella storia degli USA e causò l'esposizione al virus della poliomielite di diverse migliaia di bambini, con 56 casi di paralisi e cinque decessi. Venne poi Bruce Sabin che realizzò un vaccino orale capace di spiazzare i virus patogeni sostituendosi ad essi. Lo scienziato polacco iniziò a dimostrare

l'efficacia della campagna di vaccinazione di massa nel Chiapas, in Messico, ed ebbe il merito aggiuntivo di non volerlo brevettare, rinunciando alla ricchezza in cambio di una più tempestiva diffusione. In Italia il vaccino Sabin venne adottato nella primavera del 1964, quando debuttò la campagna di vaccinazione di massa su bambini di 4 mesi e sei anni.

Vaccinato il 95% dei bambini

Il Brasile ha dichiarato debellato il virus nel 1989, ma ora l'incubo della malattia torna. Nel 1980 questo Stato sudamericano ha lanciato una decisa strategia di lotta alla poliomielite con le cosiddette "giornate della vaccinazione" in due periodi dell'anno, che si tradussero in un aumento del livello di immunizzazione della popolazione e in una caduta verticale dei casi di poliomielite. La politica brasiliana si diffuse anche al resto dell'America Latina e l'ultimo caso di malattia venne registrato in Perù nel 1991. L'ultima campagna massiccia contro la poliomielite è stata promossa in Brasile un anno fa e oggi il 95 per cento dei bambini brasiliani è vaccinato contro la patologia.

MEDICINA: STUDIO SVELA RUOLO IMMUNITÀ IN DEMENZA, ITALIANI NEL TEAM

Milano, 24 giu. (AdnKronos Salute) - La risposta immunitaria dell'organismo alle cellule danneggiate potrebbe rivestire un ruolo chiave nello sviluppo della demenza fronto-temporale (Ftd), la forma di demenza più frequente dopo la malattia di Alzheimer, che rispetto a quest'ultima insorge in età più precoce e a volte anche prima dei 40 anni. Lo suggerisce uno studio genetico e clinico che ha esaminato 3.500 pazienti con Ftd e oltre 9.000 controlli sani in più di 40 centri fra Europa, Usa e Australia, pubblicato sull'ultimo numero di 'Lancet Neurology'. Alla ricerca ha partecipato anche l'Unità operativa di psicologia clinica dell'azienda ospedaliera-universitaria pisana, diretta da Pietro Pietrini. E a guidare l'intero progetto c'è Raffaele Ferrari, giovane cervello 'tricolore' emigrato a Londra. "La Ftd - spiega Pietrini - è dovuta alla degenerazione delle cellule nervose nella corteccia del lobo frontale, la parte del cervello che si è sviluppata di più nell'essere umano rispetto agli altri animali e dove risiedono le funzioni più nobili quali il controllo degli impulsi, la pianificazione, il senso morale. Per questo i pazienti mostrano spesso alterazioni del comportamento, con discontrollo degli impulsi e disinibizione, che possono avere anche gravi conseguenze da un punto di vista giuridico". Gli scienziati hanno utilizzato sofisticate metodiche di analisi genetica (Genome-wide association study, Gwas), esami clinici e di neuroimaging. I ricercatori hanno osservato un'associazione significativa tra la Ftd e due nuovi loci genetici (posizione dei geni in un cromosoma) implicati nella risposta immunitaria e nell'autofagia, i processi di 'pulizia' della cellula dai detriti proteici. "Questi dati sono importanti - commenta Pietrini - perché indicano che meccanismi infiammatori immunitari nel cervello potrebbero avere un ruolo nella patogenesi della demenza fronto-temporale e aprono la possibilità di nuove strategie di intervento terapeutico".

Cardiologia, arriva l'Omega 3 generico

LA NOVITÀ

D'ora in poi la prevenzione cardiovascolare con farmaci a base di acidi grassi polinsaturi costerà il 30% in meno. È infatti disponibile in farmacia il primo farmaco generico a base di "omega3", con concentrazioni di principio attivo superiori all'85%, come i farmaci originatori.

«Gli 'omega 3' - spiega Alessandro Mugelli, docente di Farmacologia all'università di Firenze - si trovano in commercio a diverse concentrazioni negli integratori e nei farmaci. Gli integratori hanno concentrazioni inferiori a quelle garantite dai farmaci, dove invece la concentrazione di "omega 3" è superiore all'85%».

Il nuovo generico costa meno dello stesso di marca. E' in fascia A, a carico del servizio sanitario Nazionale. «I farmaci a base di "omega 3" - osserva Luigi Tavazzi, del Gruppo italiano di studio della sopravvivenza nell'infarto

(Gissi), forte di una casistica di quasi 12 mila pazienti - sono attivi soprattutto contro i trigliceridi (meno contro il colesterolo), hanno dimostrato di ridurre del 50% la mortalità improvvisa in pazienti che avevano già avuto un infarto. E hanno avuto anche risultati incoraggianti nella terapia dello scompenso cardiaco».

E.M.L.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TUMORI: LAMPADE UV AUMENTANO RISCHIO DI CANCRO PELLE IN GIOVENTU'

(AGI) - Washington, 24 giu. - Un team di scienziati della Dartmouth University ha scoperto che l'esposizione precoce alle lampade a radiazioni ultraviolette utilizzate per l'abbronzatura indoor e' correlata a un aumentato rischio di sviluppare carcinomi a cellule basali (BCC) in giovane eta'. I risultati della ricerca saranno pubblicati sulla rivista 'Pediatrics'. . "I nostri risultati suggeriscono che gli adolescenti e i giovani adulti che si abbronzano indoor possono essere particolarmente vulnerabili a sviluppare il BCC, la forma piu' comune di cancro della pelle, in giovane eta'" ha commentato l'autore dello studio, Margaret Karagas. Gli scienziati hanno raccolto dati relativi a 657 partecipanti al New Hampshire Skin Cancer Study (tutti under 50) che avevano casi di BCC, che sono stati confrontati con 452 soggetti di controllo. I dati includevano il tipo di dispositivo di abbronzatura indoor utilizzato (lampade solari, lettini abbronzanti, o cabine), la sensibilita' della pelle al sole e la percentuale di tempo trascorso all'aperto durante l'infanzia. Una maggiore percentuale di pazienti con insorgenza precoce di BCC ha riferito di aver fatto ricorso a abbronzatura indoor mediante lampada abbronzante, rispetto al gruppo di controllo. .

quotidiano**sanità**.it

Martedì 24 GIUGNO 2014

Piano Nazionale Prevenzione. Ecco le proposte della SItI

“Colmare le lacune più evidenti” della bozza di PNP 2014/2018” puntando, tra le altre cose, su programmi evidence based ad iniziare dagli screening oncologici e su un piano di informazione alla popolazione sui vaccini. Inoltre, fornire alle Regioni “indicazioni inequivocabili” sull’affidamento del management dei programmi ai Dipartimenti di Prevenzione delle Asl quali garanti di “ragionevolezza organizzativa”. [IL DOCUMENTO.](#)

“Colmare le lacune più evidenti del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014/2018, in fase di approvazione, attraverso la stesura di Piani Regionali di Prevenzione (PRP) che contengano alcuni importanti correttivi”. E’ quanto auspica la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI) che, dopo aver scritto al ministro della Salute nei mesi scorsi una [lettera](#) per evidenziare le criticità della bozza del nuovo PNP, ha elaborato una proposta di indirizzo per il miglioramento di questo importante documento per la sanità pubblica.

Secondo la SItI, la bozza di PNP 2014-2018, redatta da un gruppo misto Stato\Regioni, evidenzia “una scarsa aderenza alla variegata realtà sanitaria del nostro Paese” e “costituisce un esempio su cui riflettere circa le concrete difficoltà di definire un assetto nazionale programmatico che sia realistico e coerente”.

Sulla base di queste considerazioni, SItI ritiene “ragionevole e opportuno che nei PRP siano introdotti alcuni correttivi” ed in particolare: una sezione che indichi obiettivi concreti e misurabili di contrasto delle disuguaglianze in salute con programmi evidence based ad iniziare dagli screening oncologici; una sezione che preveda un impegno regionale su un piano pluriennale di informazione alla popolazione sui rischi delle malattie infettive (inclusa l’adesione al programma VACCINARSI) e sulla reale consistenza delle reazioni avverse alle vaccinazioni; una sezione che preveda progetti di chiamata attiva di fasce di popolazione sana per “screenare” i fattori di rischio cardiovascolari; una sezione che delinei le modalità di coordinamento operativo fra i dipartimenti di prevenzione e le agenzie regionali di protezione ambientale per l’attivazione di programmi permanenti di analisi dei possibili effetti negativi sulla salute umana di inquinamenti ambientali. E, ultimo ma non ultimo, una sezione che reintroduca nel PNP il tema “vitale” della sicurezza degli alimenti e della nutrizione “senza il quale l’intero documento appare largamente scisso dalla realtà dei concreti fattori di rischio presenti nel Paese”.

Ma, sulla scorta dei risultati del precedente Piano Nazionale della Prevenzione, la proposta più pressante è quella di “fornire indicazioni inequivocabili per orientare le scelte regionali verso l’affidamento del management dei programmi ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, quali garanti di ‘ragionevolezza organizzativa’”. Per la SItI il Dipartimento di Prevenzione può cioè rappresentare una Centrale Organizzativa unica “equidistante” dagli obiettivi di risultato di ciascun Programma, “appare dunque ragionevole identificarlo come la Struttura aziendale potenzialmente in grado di ben governare l’indispensabile ‘fase del management’”.

“Ma un modello organizzativo che vede l’affidamento al Dipartimento di Prevenzione della funzione ‘organizzazione’ del PNP si fonda naturalmente su alcune considerazioni generali”, sottolinea la Società, che spiega: “E’ garante del primo livello di assistenza collettiva; ha il commitment sui

programmi di prevenzione per compito istituzionale e autorevolezza sulle evidenze in tema di sanità pubblica; conosce e possiede al suo interno strumenti di lavoro e professionisti con know how specifico (gestione di "grandi numeri" di soggetti sani (es. vaccinazioni); si muove naturalmente con logica delle "reti"; ha il compito di misurare i risultati di salute della popolazione (procedura indispensabile quando si parla, ad esempio, di screening)".

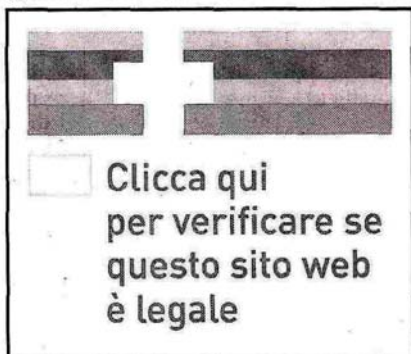
Anche per questo, secondo la SItI, tale ruolo va affidato ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, "che rappresentano un insieme di operatori esperti della materia".

Farmaci, logo Ue rassicura chi acquista su internet

Un logo europeo per essere sicuri quando si acquistano medicinali online. La Commissione europea ha adottato ieri un regolamento di attuazione nel contesto della direttiva sui medicinali falsificati (direttiva (2011/62/UE) che stabilisce un logo comune per le farmacie online (si veda immagine) nonché i requisiti tecnici per assicurarne l'autenticità. Il logo sarà pienamente disponibile nel secondo semestre del 2015. Il rettangolo nella metà sinistra deve recare

la bandiera del paese in cui è sita la farmacia online e il testo dovrà essere tradotto nella lingua o nelle lingue ufficiali di tale paese. Come funziona il logo? «Cercate il logo sul sito web attraverso il quale pensate di acquistare medicinali e cliccateci sopra», spiega un comunicato della Commissione, «dovreste quindi essere indirizzati al sito web dell'autorità nazionale di regolamentazione che elenca tutte le farmacie online che operano legalmente e gli altri dettaglianti autorizzati di medicinali.

Controllate che la farmacia figuri sull'elenco. Procedete quindi a fare l'acquisto. Se la farmacia non compare sull'elenco evitate di fare acquisti da questo sito. Ricorrete ad uno dei dettaglianti legittimi di medicinali riportati sul sito web della vostra autorità nazionale di regolamentazione». Il regolamento dovrebbe entrare in vigore entro le prossime quattro-sei settimane. Gli Stati membri dispongono poi di un anno per prepararne l'applicazione. La Commissione europea fornirà alle autorità nazionali un pacchetto di strumenti per la comunicazione per aiutarli nei preparativi delle campagne nazionali di sensibilizzazione prescritte dalla direttiva sui medicinali falsificati.



Dal pacemaker ai nanodispositivi nel corpo: così efficienti che la ricarica sarà wireless

NICLA PANCIERA

■ Pacemaker e neurostimolatori sono alcuni dei dispositivi impiantabili più diffusi, in grado di migliorare la qualità della vita di tanti pazienti. Se la necessità di sostituire periodicamente le batterie costituisce ancora una limitazione, non è lontano, però, il momento in cui appariranno i nuovi «devices» che si autoalimentano: il segreto è la capacità di sfruttare il movimento del flusso sanguigno o della contrazione e del rilassamento muscolare.

Un dispositivo perfettamente funzionante, testato sui topi, è appena stato realizzato in Corea, nell'«Advanced Institute of Science and Technology», utilizzando una nuova generazione di materiali piezoelettrici. Intanto è sotto esame la possibilità di un'alimentazione senza fili. Uno studio sui «Proceedings of the National Academy of Sciences» annuncia la realizzazione da parte di un team di ingegneri dell'Università di Stanford, negli Usa, di strumenti privi di batterie e miniaturizzati, delle dimensioni di un granello di riso. L'energia necessaria al loro funzionamento viene trasmessa wireless: ciò significa eliminare non solo i fili elettrici, ma anche gli interventi chirurgici di routine per il cambio delle batterie. La ricarica avviene tramite l'avvicinamento al corpo del paziente dell'alimentatore esterno, delle dimensioni di una carta di credito, che utilizza onde di frequenza tali da propagarsi in profondità e senza causare danni ai tessuti.

E un'ulteriore frontiera si apre: mentre crescono le aspettative per le applicazioni diagnostiche e terapeutiche dei nanodispositivi che si spostano all'interno del corpo, si affaccia la cosiddetta «elettroceutica»: la somministrazione mirata dei farmaci diventa possibile grazie a mini-dosi di impulsi elettrici.



La dieta senza glutine è davvero salutare?

Molte persone spinte da false credenze o convinte di essere intolleranti scelgono di alimentarsi escludendo i cibi che contengono glutine ma, in questo modo, mettono a serio rischio la propria salute. Un medico nutrizionista spiega il perché



All'Australian Institute Food Science and Technology Conference, che si tiene a Melbourne dal 22 al 25 giugno 2014, è stato lanciato l'allarme dieta priva di glutine. Lo ha fatto il prof. Peter Gibson, primario di gastroenterologia presso l'Alfred and Monash University, dopo aver trovato che molte persone – che non sono realmente celiache – adottano una dieta priva di glutine perché **spinti da affermazioni pseudoscientifiche sentite o lette qua e là**, o perché pensano di essere intolleranti. Tutto questo, secondo lo specialista, mette a serio rischio la salute.

Se si conta che, in media, è solo 1% della popolazione a soffrire di intolleranza al glutine, è chiaro che se sono in molti che invece seguono una dieta senza glutine c'è qualcosa che non quadra. Il pericolo, come specificato dal prof. Gibson, è che le persone sviluppino problemi mentali, assorbano troppi zuccheri – con tutti i gravi problemi che possono cagionare – e, alla fine, spendano anche un sacco di soldi per niente.

Per esempio, spiega il gastroenterologo, molte persone che erano convinte a torto di essere intolleranti al glutine, hanno risolto i loro problemi di gonfiore o intestinali **semplicemente diminuendo l'assunzione di frumento** nelle sue varie forme. E questo aveva poco a che vedere con una riduzione dell'apporto di glutine.

«Il glutine è stato accusato di molte cose e ci sono molte persone che vanno sostenendo che il glutine è la causa di molte malattie: dalla sindrome dell'intestino irritabile all'autismo, fino alla depressione – ha commentato il dottor Gibson – Tutto è iniziato quando le persone hanno evitato di assumere frumento perché si sentivano meglio senza di esso, **poi hanno dedotto che era il glutine** e così hanno iniziato a eliminare completamente il glutine. Poi altri hanno trovato su Internet e sui libri come il glutine sia causa di tutti questi problemi».

In un recente studio in doppio cieco, il prof. Gibson e la sua squadra non hanno trovato alcuna prova che il glutine causi sintomi nei pazienti che soffrono disturbi all'intestino. Inoltre, in uno

studio preliminare su coloro che dichiaravano di soffrire di depressione a causa del glutine, si è scoperto che i partecipanti **avevano invece sofferto di sintomi più intensi** proprio quando seguivano una dieta priva di glutine. Questo ha spinto il prof. Gibson a intraprendere un processo di approfondimento.

Il fuoco della crociata antiglutine, secondo il prof. Gibson, è alimentato dalla disinformazione e dalle dichiarazioni pseudoscientifiche che si trovano in giro – anche a opera di celebrità – che vengono collegate alla ricerca scientifica fuori dal contesto. Tutte queste affermazioni **attribuiscono scorrettamente al glutine la responsabilità di tutta una serie di condizioni e disturbi**. Nonostante queste constatazioni, l'esperto sottolinea che nei supermercati si moltiplicano i prodotti e le sezioni dedicate agli alimenti privi di glutine, che per molti è divenuta fonte di gran business.