Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Italia Oggi Sette Affari Legali

09-NOV-2015
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

L'ordinanza del tribunale di Roma lascia aperti interrogativi etico-morali e normativi

Madre è solo chi partorisce

Impianto in utero decisivo rispetto all'origine dei gameti

DI MARTA ROVACCHI

Madre è solo chi partorisce. Per la determinazione dello stato della filiazione rimane decisivo l'impianto dell'embrione nell'utero rispetto alla provenienza genetica dei gameti. È quanto emerge dall'ordinanza del tribunale di Roma del 2 ottobre 2015.

Il caso, noto per l'eco mediatico che ha avuto, riguarda la problematica relativa alla filiazione insorta a seguito all'errore commesso dall'Ospedale Pertini di Roma nell'avere impiantato in una donna terza gli embrioni frutto dell'incontro dei gameti di una coppia coniugata (che si era rivolta all'ospedale per un percorso di fecondazione medicalmente assistita) ed a seguito del quale nascevano due gemelli. Questi ultimi acquisivano pertanto lo status di figli della partoriente e del di lei marito e come tali erano stati registrati all'Ufficio di stato civile.

Eccepivano i coniugi «genetici» di essere i genitori dei due gemelli e che l'interesse di questi ultimi, oltre alla verità genetica, sarebbe stato quello di vivere e crescere proprio nel nucleo familiare che aveva dato luogo al concepimento attraverso il percorso della fecondazione assistita. A sostegno di tale assunto, la coppia si rifaceva anche alla disciplina codicistica dell'azione di disconoscimento di paternità e quella dell'impugnazione del riconoscimento per difetto di veridicità, entrambe informate al principio della verità del rapporto di filiazione.

La problematica sottesa e giunta al vaglio del Tribunale è dunque quella della prioritaria tutela, o meno, dovuta al legame genetico tra la madre ed il padre e i loro figli, partoriti da donna diversa esclusivamente per un errore medico nell'impianto dell'embrione.

Conseguentemente, la tutela invocata dalla coppia, avrebbe presupposto la preventiva rimozione dell'acquisito status di figli dei gemelli, di ormai un anno di età.

Il percorso giuridico seguito dal Tribunale di Roma parte dall'analisi della normativa della legge 40 del 1994 in materia di procreazione assistita: in particolare dall'art. 8 che stabilisce che i nati a seguito dell'applicazione delle tecniche suddette hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti dalla coppia.

Ma per il Tribunale romano la norma non fa riferimento all'embrione, che è privo di personalità giuridica e come tale non può acquisire lo status di figlio prima della nascita.

Nonostante, quindi, i progressi della scienza abbiano reso possibile la divaricazione tra fecondazione e impianto, per la determinazione dello stato della filiazione rimane decisivo l'impianto dell'embrione nell'utero rispetto alla provenienza genetica dei gameti.

Questa interpretazione è coerente con la stessa normativa del codice civile (vd art. 269 c.c., comma 3) per la quale è madre colei che partorisce.

D'altra parte, osserva il Tribunale, il nostro ordinamento, nel vietare la maternità surrogata, ha ribadito al contrarietà all'ordine pubblico di ogni progetto di genitorialità disgiunto dal profilo biologico.

Così come la giurisprudenza costituzionale in materia è unanime nel ritenere non ravvisabile una verità genetica della maternità contrapposta a quella determinata dalla gestazione e dal parto, nel senso di affermazione assoluta di quest'ultima. Ne consegue che, sia per la normativa del codice civile che per quella della legge 40, il padre è tale perché marito della madre partoriente: in altre parole, ove i gameti maschili siano impiantanti nell'utero di donna priva di relazione di coniugio o comunque di un progetto procreativo con l'uomo che li ha messi a disposizione, la relazione di paternità si instaura con il marito o il compagno della donna che ha partorito i figli e che si è assunto la responsabilità della scelta di effettuare la procreazione medicalmente assistita con la madre dei minori.

Sotto il profilo, poi, della tutela dell'interesse dei minori, i giudici romani richiamano l'orientamento interpretativo della Cedu che tende alla conservazione del legame di fatto costituito con la gestante fin dall'inizio e della gravidanza e con il di lei marito fin dalla nascita dei piccoli.

L'interesse di minori, cioè, si concretizza attraverso la conservazione della vita familiare sperimentata dai bambini piuttosto che pregiudicarne l'attuazione.

L'ordinanza lascia aperti interrogativi sia etico-morali, difficilmente risolvibili dal punto di vista normativo, sia legislativi: le conseguenze relative al divieto del ricorso alla maternità surrogata e, in pratica, anche alla fecondazione eterologa (nonostante, infatti, sia ammessa dopo la pronuncia della Corte costituzionale, rimane comunque non praticata ad oggi in Italia) dovrebbero essere affrontate legislativamente con soluzioni diverse e, in ogni caso, più articolate rispetto alla ormai restrittiva e semplicistica, per quanto legittima, attribuzione della filiazione a chi di fatto partorisce.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Sabato 07 NOVEMBRE 2015

Tumore ovarico. Ecco come l'Endotelina accende l'interruttore delle metastasi

I risultati di uno studio dell'Istituto Regina Elena finanziato da AIRC e pubblicati su Oncogene. La scoperta consente di intervenire con farmaci specifici per inibire la progressione tumorale.

È un insieme di segnali nelle cellule tumorali a dare il via alla corsa delle cellule stesse verso l'invasione dei tessuti che le circondano. Un team di ricercatori dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) di Roma ha scoperto un nuovo meccanismo molecolare che spiega come l'endotelina promuove la formazione delle metastasi. Lo studio condotto da **Laura Rosanò**, pubblicato sulla rivista Oncogene, ha messo in luce il ruolo dell'endotelina e della proteina adattatrice beta-arrestina nell'attivare un membro della famiglia delle Rho GTPasi, RhoC, nel processo di invasione del carcinoma ovarico.

Per migrare da un tumore primario, una cellula tumorale deve cambiare forma e riuscire a penetrare il tessuto connettivo circostante, conosciuto come matrice extra-cellulare. Fa tutto questo grazie a delle protrusioni, chiamate invadopodi, che rilasciano enzimi in grado di causare una degradazione della matrice che circonda il tumore.

Queste protrusioni sono guidate da filamenti di actina, che costituiscono una sorta di scheletro in grado di mantenere la struttura cellulare. Il team di ricercatori ha ora scoperto che la proteina RhoC regola l'actina in seguito all'attivazione del recettore dell'endotelina, permettendo alle cellule tumorali di invadere. Lo studio è stato finanziato da AIRC - Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro.

Già qualche anno fa la ricercatrice Laura Rosanò insieme al team di ricerca dell'Istituto Regina Elena guidato da **Anna Bagnato** avevano rivelato l'attività delle due proteine, endotelina e beta arrestina, che collaborano alla comparsa delle metastasi nei tumori dell'ovaio. "Non era chiaro però che cosa regolasse esattamente il rimodellamento dell'actina durante questo processo - sostiene Rosanò – siamo riusciti a osservare che l'endotelina in collaborazione con la b-arrestina, utilizza un nuovo partner, PDZ-RhoGEF, per attivare RhoC, stimolare la formazione delle protrusioni e degradare il tessuto circostante. Conoscere i meccanismi mediante i quali ciò accade permette di intervenire sulla cellula cancerosa in modo mirato, per fermare il processo di metastatizzazione con farmaci specifici".

Lo studio pubblicato su Oncogene rivela anche come neutralizzare gli effetti indotti dall'endotelina, utilizzando il farmaco molecolare macitentan. "In modelli sperimentali di carcinoma ovarico - conclude **Anna Bagnato** - il trattamento con il macitentan inibisce la formazione di metastasi con un doppio attacco: quello contro il microambiente tumorale e quello mirato sulle cellule tumorali del carcinoma ovarico. Bloccando i recettori dell'endotelina, espressi sia sulle cellule tumorali che sulle cellule endoteliali, il macitentan arresta la formazione delle metastasi e di nuovi vasi che nutrono il tumore".

Questo studio – precisa **Ruggero De Maria**, direttore scientifico IRE - ci ha permesso di comprendere meglio i meccanismi alla base dell'invasione tumorale e della formazione delle metastasi. La possibilità di bloccare l'attività dell'endotelina con nuovi farmaci disponibili offre nuove prospettive terapeutiche molto promettenti."

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 23.260
Diffusione 08/2015: 17.196
Lettori Ed. II 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. Cremona

La Provincia
Quotidiano di Cremona e Crema
Dir. Resp.: Vittoriano Zanolli

09-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Dati dal 1990 al 2007

Tumori All'Italia il primato di guarigioni in Europa

L'Italia si colloca al primo posto per le guarigioni da tumore in Europa.

Questo dato incoraggiante è stato messo in evidenza a Roma nel corso del XVII Congresso nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), con la partecipazione di circa 3.000 esperti.

In 17 anni (1990-2007), infatti, i pazienti che hanno sconfitto il cancro nel nostro Paese sono aumentati del 18% (uomini) e del 10% (donne). Percentuali, afferma l'Aiom, 'che collocano l'Italia al vertice in Europa per numero di guarigioni'.

Il primato italiano per le guarigioni, afferma l'Aiom, è soprattutto nei tumori più frequenti come quelli del colon (60,8% rispetto al 57%), del seno (85,5% rispetto al 81,8%) e della prostata (88,6% rispetto all'83,4%).

E oggi si stanno affermando nuove armi come l'immuno-oncologia, che ha già dimostrato di migliorare in maniera significativa la sopravvivenza a lungo termine nel melanoma e sta evidenziando risultati importanti anche in un big killer come il tumore del polmone e del rene.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

09-NOV-2015
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

I turisti della salute così curarsi in Italia diventa una vacanza

Il caso. Sono 5mila l'anno e spendono fino a 70mila euro per un intervento in una delle nostre strutture di eccellenza

Scelgono pacchetti su misura, vengono da Arabia saudita, Kuwait ed Emirati arabi

MICHELE BOCCI

VIAGGIO in Italia per curarsi. Nel nostro Paese inizia ad affacciarsi un turismo che non ha a che fare con chiese, monumenti e bellezze della natura, almeno non direttamente, ma piuttosto con la capacità di certi ospedali di assicurare un'assistenza di alto livello a pagamento. Il made in Italy richiama anche in un settore sensibile, che vive una stagione difficile, come la sanità. E la possibilità per i parenti di chi viene ricoverato di essere ospiti di un bell'albergo, andare a vedere una mostra e magari fare pure shopping diventa un elemento aggiuntivo che attira pazienti ricchi da mezzo mondo.

C'erano anche alcune strutture private convenzionate italiane alla grande fiera della sanità di Dubai, alcuni mesi fa. Presentavano i propri professionisti per convincere i ricchi cittadini dei paesi arabi a farsi curare da loro. Magari appoggiandosi, per preparare la trasferta, ad agenzie di viaggio locali che organizzano tutto, anche le attività per i parenti del malato. «Il fenomeno dei broker internazionali che costruiscono pacchetti di viaggio intorno a un paziente è in crescita — spiega il professor Federico Lega, dell'Osservatorio consumi privati della Bocconi — Certo parliamo di una prospettiva ancora da esplorare ma in tanti si stanno muovendo in Italia». E non si tratta solo di privati come Humanitas, Ieo e San Raffaele di Milano. «Sono in gioco anche strutture pubbliche — prosegue Lega — ad esempio il Niguarda di Milano, il Rizzoli di Bologna, la città della salute di Torino. La nostra sanità è in grado di attrarre più di quanto pensiamo». Lo dimostra il fatto che ci siano pazienti disposti anche a spendere tra i 20 e i 70 mila euro per un intervento. Per ora arrivano al ritmo di 4 o 5 mila l'anno. E questo racconta almeno un paio di cose: che la sanità italiana ha punte di altissimo livello e che chi vuole essere attrattivo deve far parte del servizio pubblico, almeno in convenzione, che è garanzia di grandi volumi di attività e permette ai medici di farsi un nome.

Per molte strutture questi nuovi turisti internazionali possono diventare importanti anche perché stanno in parte diminuendo gli spostamenti dei pazienti tra regione e regione. Si cerca un nuovo modo per fare fatturato, con la prospettiva di diverse centinaia di milioni di giro d'affari, almeno 200.

«Il nostro dipartimento internazionale offre interpreti, infermieri notturni, traduzioni, cartelle cliniche nella lingua del paziente». L'istituto clinico Humanitas di Milano è un istituto di ricovero e cura (Ircs) privato da 700 letti. Quasi tutto il lavoro lo svolge in convenzione con la Regione Lombardia ma ha anche una quota di attività completamente privata, destinata a chi ha i soldi o è assicurato. Gli stranieri sono attratti dai centri oncologico, ortopedico e neurologico e in generale da professionisti che hanno esercitato o esercitano anche all'estero. Da fuori arrivano mille pazienti paganti in un anno, un quarto dei quali viene ricoverato. E così l'ospedale, come altri simili, offre un servizio di navetta dall'aeroporto, stanze per i parenti, convenzioni con gli hotel milanesi, televisioni satellitari in camera. I pazienti-clienti arrivano dall'Europa ma anche da Paesi del Golfo o dalla Russia. Al San Raffaele, che oggi appartiene al gruppo San Donato e ha partecipato alla fiera di Dubai, lavorano molto con svizzeri e monegaschi. Anche qui vedono circa 250 pazienti all'anno. Sono in aumento, tra il 2014 e il 2015, i numeri all'Ieo, Istituto europeo di oncologia di Umberto Veronesi. Anche qui curano un migliaio di paganti stranieri paganti, molti dei quali fanno solo visite o terapie. Circa 100 si fanno operare. Si iniziano a vedere gli ambiti cittadini di Arabia Saudita, Kuwait, Emirati.

Uno dei centri pubblici che si muovono è l'istituto ortopedico Rizzoli di Bologna, che ha da poco un consulente per l'attività privata. «Stiamo preparando un piano — spiega il direttore generale Francesco Ripa di Meana — Non siamo abituati, anche dal punto di vista contabile, a gestire pazienti totalmente privati. Ma dobbiamo imparare: l'Italia può provare, malgrado la spesa sanitaria sempre più bassa, a curare gli stranieri nei suoi centri di eccellenza».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

09-NOV-2015
da pag. 23
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Da dove vengono

- Svizzera
- Paesi arabi (Arabia Saudita, Kuwait, Emirati, Oman e altri)
- Principato di Monaco
- Russia
- Albania

I servizi offerti

Transfer dagli aeroporti

Ricerca hotel e appartamenti

Alloggio per i parenti in clinica

Interpreti

Cartelle mediche nella lingua del paziente

Staff medico di varie nazionalita

Televisioni satellitari con canali di vari Paesi

La spesa sanitaria privata in italia

31,4 miliardi
La spesa privata degli italiani per la sanità

21,8%
La quota di spesa sanitaria privata sul totale della pubblica

FONTE: OSSERVATORIO OCPS - SDA BOCCONI

I turisti della salute

20-70 mila euro
Il costo di un intervento in regime privato, a seconda del tipo

4-5 mila
I pazienti stranieri che scelgono l'Italia ogni anno per curarsi privatamente

Le prestazioni richieste

- Neurologia
- Cardiochirurgia
- Oncologia
- Ortopedia

12 miliardi di euro
I ricavi generati in Europa dal turismo sanitario

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

09-NOV-2015
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Verso il 2016. L'importo «precaricato» non esclude i controlli dei professionisti

Spese mediche da monitorare

Giorgio Gavelli

Nel el730 precompilato relativo al 2015 debutteranno le spese sanitarie. Un'operazione importante, per la cui buona riuscita è utile però iniziare a mettere a fuoco alcune possibili criticità.

Cominciamo dalla "raccolta" dei dati che, da quanto si legge nel provvedimento direttoriale del 31 luglio, coinvolgerà molti soggetti, dalle farmacie alle case di cura a medici e odontoiatri. Non tutte le spese detraibili, però, giungono da questi soggetti, basti citare gli ottici, le sanitarie e le parafarmacie. I contribuenti, allora, dovranno far attenzione a integrare il modello quando serve.

Tra le spese di cui al punto 1.4 del provvedimento troviamo «i dispositivi medici con marcatura Ce» e le «spese agevolabili a particolari condizioni». Ci si deve chiedere, allora, se chi trasmette il dato al Sistema tessera sanitaria (Sts) sia in grado di rispettare questi dettagli. Distinguendo, tra l'altro, tra ordinarie spese sanitarie, spese per persone con disabilità e «spese per patologie esenti» come avviene nel modello 730. Altrimenti, il dato trasmesso – anche se inserito nel "foglio aggiuntivo" – imporrà spesso un intervento modificativo.

L'invio massivo delle spese, anche dei contribuenti non interessati al 730, è un'altra criticità. Il Garante della privacy ha prescritto la distruzione di questi dati entro l'anno successivo a quello di riferimento, per cui l'utilità del caricamento dati si esaurisce nell'opportunità di un riscontro informale ma nessun effettivo ausilio ai fini dei controlli sui dichiarativi.

Quanto alle spese sostenute dai familiari a carico di più contribuenti, il provvedimento (punto 2.2.1) dice che «le spese vengono inserite nelle dichiarazioni precompilate di questi ultimi in proporzione alla percentuale di carico». Tuttavia, va considerato che:

❶ la percentuale di carico dei familiari tra più soggetti non è costante nel tempo (l'articolo 12 del Tuir prevede varie ipotesi, anche in base agli accordi tra coniugi);

❷ la divisione delle detrazioni per carichi di famiglia non pregiudica la possibilità di ripartire lo sconto in base all'effettivo sostenimento della spesa, o con percentuali differenti, annotando la diversa ripartizione sul documento di spesa (circ. 11/E/2007).

Quindi, specie se i redditi dei coniugi sono molto diversi, il dato fornito dalla precompilata potrebbe non essere il più favorevole ai contribuenti. Con tutto ciò che ne consegue in termini di possibilità (o necessità) di modifica.

Infine, per Caf e professionisti (anche con delega) non è per ora previsto l'accesso al dettaglio delle spese, ma solo al totale. Salvo supporto specifico del contribuente (in grado di accedere al Sts e "spacchettare" il dato), gli intermediari confronteranno il totale delle spese emergente dai documenti in loro possesso con la cifra suggerita dal precompilato. Poiché essi rispondono in proprio del dato inserito, è probabile che in caso di discordanze privilegeranno il primo, rendendo così superflua l'attività di trasmissione delle spese per tutti questi modelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fisco e contribuenti
Bonus e immobili, ultimi ritocchi al 730

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 36.455
Diffusione 08/2015: 23.481
Lettori Ed. II 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

LA SICILIA

Dir. Resp.: Mario Ciancio Sanfilippo

09-NOV-2015
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

CONTI DISASTRATI E VORAGINI SENZA FONDO

IL PECCATO ORIGINALE LA RIFORMA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE

Occorre restituire la Sanità allo Stato mettendo fine al caos delle Regioni

ENRICO CISNETTO

I 9 miliardi elargiti dallo Stato con il decreto "salva-Regioni" per ripianare i buchi della Sanità decentrata sono solo un palliativo. Alla prossima manovra finanziaria, come ogni anno, le Regioni torneranno a batter cassa, ci sarà il solito tira-e-molla per poi mettere l'ennesima pezza. Il problema, più che nella politica quotidiana, affonda le sue radici strutturali nella Riforma del Titolo V, quando le competenze sulla Sanità sono state trasferite dal centro alla periferia: un errore «fatale», come ha giustamente affermato la ministra Lorenzin, da cui si esce solo con una radicale controriforma.

Prima del 2001, secondo l'Oms, l'Italia aveva la seconda Sanità al mondo. Poi, la creazione di 20 sistemi sanitari diversi, oltre a complicare i processi decisionali e moltiplicare le procedure amministrative, ha aperto il campo a logiche clientelari, localistiche e opache nella gestione delle Asl - nomine, acquisti, appalti - con le uscite passate dai 71 miliardi del 2000 ai 111 attuali. Un aumento di 40 miliardi (quasi il 57%) giustificabile dal fatto che le Regioni gestiscono la Sanità per il 60% con fondi non legati al loro prelievo fiscale, quindi senza doverne renderne conto. Ovviamente, dal 2000 i conseguenti trasferimenti statali sono saliti del 60%, con 17 miliardi di contributi a fondo perduto scomparsi nella voragine delle uscite regionali. Non solo: dal 2001 le spesa per invalidità è schizzata da 6 a 16 miliardi, gli invalidi civili aumentati di un milione in 10 anni e non sorprende, quindi, che l'Inps scopra una truffa ogni 4 accertamenti sulle pensioni di invalidità concesse proprio dalle Regioni.

MEDICI AL LAVORO IN SALA OPERATORIA

Ma gli scandali ricorrenti o i 6,4 miliardi ufficialmente sperperati in corruzione (dato Ispe), che diventano 9,6 se si considerano anche gli sprechi, sono solo la punta dell'iceberg. È vero che il peso della spesa sanitaria sul Pil è leggermente più basso della media Ocse (8,8% contro l'8,9%), ma perché vengono ridotte le prestazioni o la spesa farmaceutica (-3,2% in 4 anni), non razionalizzato il sistema. La propaganda del «portiamo il potere vicino al cittadino» non ha rappresentato solo la fine della divisione fra controllori e controllati, ha anche creato un contenzioso perenne e paralizzante tra Stato e Regioni (1.500 conflitti costituzionali, uno ogni 3 giorni). Inoltre, con 20 sistemi sanitari diversi le imprese sono disincentivate ad investire perché trovano condizioni troppo eterogenee, e i pazienti vengono discriminati nelle prestazioni.

Quanto alle Regioni, che finiscono con l'avere come loro unica ragione di esistenza la gestione della Sanità, visto che pesa per l'80% del loro bilancio, senza un riaccentramento delle competenze sarà difficile ripianarne i conti delle 8 in rosso (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia, Calabria e Puglia). Allora, dobbiamo aspettare che siano commissariate anche le altre 12 o ha ragione la Lorenzin nel volere cancellare la regionalizzazione della Sanità? I margini per i tagli lineari si stanno esaurendo, come dimostra il fatto che la spesa sanitaria sale, anche se meno del previsto. L'unica strada è restituire la Sanità allo Stato, non certo andare a cercare gli sprechi con il microscopio o i tagli lineari. Su molti aspetti del nefasto federalismo all'amatriciana si sta facendo retromarcia. Serve una controriforma anche in ambito sanitario. Per poi ripensare le regioni stesse.

(twitter @ecisnetto)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

09-NOV-2015
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Sanità

Manovra, caccia agli ospedali ancora in rosso

Luca Cifoni

Finora, anche con l'ultima manovra, si è ragionato sui grandissimi numeri: il Fondo sanitario nazionale che vale 110 miliardi ne avrà il prossimo anno uno in più, anche se sono due in meno rispetto a quelli a suo tempo pattuiti tra governo e Regioni. Nella stessa legge di Stabilità però è stato inserito in materia di sanità qualcosa che entra un po' più nel dettaglio, e quindi nel merito, tentando di fare un passo avanti nella lunga strada dal sistema classico dei tagli lineari verso una vera e più mirata revisione della spesa.

A pag. 6

Sanità, il piano anti-deficit ospedali in rosso nel mirino

▶Programmi di rientro obbligatori per le strutture che sforano per oltre il 10% dei ricavi: saranno individuate entro il 31 marzo

UN PASSO VERSO INTERVENTI MIRATI: LE RISORSE IN PIÙ POTREBBERO RESTARE ALL'INTERNO DEL SISTEMA

LA SPESA

ROMA Finora, anche con l'ultima manovra, si è ragionato sui grandissimi numeri: il Fondo sanitario nazionale che vale 110 miliardi ne avrà il prossimo anno uno in più, anche se sono due in meno rispetto a quelli a sue tempo pattuiti. Nella stessa legge di Stabilità però è stato inserito in materia di sanità qualcosa che entra un po' più nel dettaglio, e quindi nel merito, tentando di fare un passo avanti nella lunga strada dal sistema classico dei tagli lineari ad una vera e più mirata revisione della spesa. L'articolo 30 prevede infatti che le stesse Regioni vadano a vedere dentro i conti dei singoli ospedali e delle aziende sanitarie locali, individuando quelle in disavanzo e

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

09-NOV-2015
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

imponendo appositi piani di rientro. L'obiettivo dichiarato è conseguire «miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale»: dietro questa formula si nasconde un'altra novità, la possibilità che i risparmi di spesa ottenuti con la nuova impostazione restino all'interno del sistema sanitario.

XXXXX

Ma come funziona il nuovo meccanismo? Il punto di partenza è la conferma, in forma ancora più esplicita, dell'obbligo per tutti i vari enti sanitari di pubblicare sul proprio sito Internet il bilancio d'esercizio. Inoltre gli stessi enti dovranno attivare un sistema di monitoraggio della qualità delle attività assistenziali. In un quadro di trasparenza, le Regioni passeranno quindi ad individuare le strutture che presentano un disavanzo tra costi e ricavi superiori al 10 per cento dei ricavi stessi o comunque pari in valore assoluto ad almeno 10 milioni. Ciò dovrà avvenire per il 2016 entro il 31 marzo e in seguito entro il 30 giugno di ogni anno. L'obbligo riguarda per il prossimo anno le aziende ospedaliere, quelle ospedaliere-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; dal 2017 saranno coinvolte anche le aziende sanitarie locali con i propri presidi ospedalieri. Serviranno però un paio di decreti ministeriali (il primo dei quali dovrà arrivare entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge di Stabilità, dunque a fine gennaio) per definire nel dettaglio tutti i parametri contabili necessari per valutare i deficit ed anche i parametri relativi alla qualità delle cure. Gli enti ufficialmente in rosso dovranno quindi presentare entro 90 giorni un piano di rientro, con misure da adottare al massimo nell'arco di un triennio. La Regione a sua volta dovrà approvarlo ed eventualmente istituire una gestione sanitaria accentrata: le relative risorse potranno erogate come anticipazioni se gli enti superano le verifiche trimestrali di attuazione del piano. I contratti dei direttori generali dovranno prevedere la decadenza automatica in caso di mancata presentazione del piano.

Luca Cifoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2015: 100.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

09-NOV-2015
da pag. 2
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

«I ticket non aumentano tagliamo gli sprechi»

Intervista alla ministra della Sanità Lorenzin: niente tagli lineari

«L'aumento del ticket non è proponibile. Abbiamo un tema serio che riguarda le nuove povertà, non credo che sia praticabile oggi quella strada». Beatrice Lorenzin ribadisce in questa intervista a l'Unità i contenuti innovatori della manovra anche per quanto riguarda la Sanità. «Da ministro della Salute dico: non c'è più spazio per tagli lineari , bisogna avere un piano per il sistema salute (ed è il patto della salute) e attuarlo. Non va bene fare cassa con la sanità, che è un bene comune essenziale per tutti i cittadini. Da membro del governo aggiungo che è importante imparare a spendere bene, e che ci sono margini per recuperare miliardi nel nostro comparto». **P.2**

Intervista a Beatrice Lorenzin

«Tagliamo solo gli sprechi No all'aumento dei ticket»

● La ministra della Sanità: «Troveremo qualche centinaio di milioni per i medicinali innovativi e per le stabilizzazioni dei precari durante l'esame della manovra in Parlamento»

"Chi parla di tagli lineari non so a cosa si riferisca il fondo aumenta fino al 2018"

Abbiamo un problema serio sulle nuove povertà, non possiamo chiedere contributi ai malati

Bianca Di Giovanni

«Secondo me il nodo sanità nella legge di Stabilità è stato risolto con la riunione di pochi giorni fa, che stabilisce un metodo di lavoro comune molto importante per tutto il comparto. Resta da recuperare qualche centinaio di milioni per alcune voci (come i farmaci innovativi), che sono fiduciosa riusciremo a individuare nelle pieghe di bilancio durante l'esame in Parlamento». Beatrice Lorenzin è un fiume

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2015: 100.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

09-NOV-2015
da pag. 2
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

in piena, parla a raffica di costi standard, piani di rientro, intese programmatiche, tagli reali e tagli immaginari. La «matassa» sanità è complicatissima da districare, e quando si intreccia con le ragioni dell'Economia (nel senso di ministero) diventa molto difficile discernere le ragioni e i torti. «Da ministro della Salute dico: non c'è più spazio per tagli lineari , bisogna avere un piano per il sistema salute (ed è il patto della salute) e attuarlo. Non va bene fare cassa con la sanità, che è un bene comune essenziale per tutti i cittadini. Da membro del governo aggiungo che è importante imparare a spendere bene, e che ci sono margini per recuperare miliardi nel nostro comparto».

Il presidente Chiamparino ha detto che è pronto a fare un accordo a patto che il fondo aumenti di un miliardo anche nel 2017 e nel 2018.

«Il fondo sanitario aumenta nel triennio molto di più, si rimanda all'intesa del 2017. Di miliardi ce ne sono di più, il vero tema è l'extra sanitario».

I governatori parlano di tagli fino a 17 miliardi nel triennio.

«Ripeto, si riferiscono all'intero bilancio regionale, e non al fondo sanitario che è fissato a 111 miliardi per il 2016 (da 109,7 quest'anno), poi a 117 nel 2017 e 118 nel 2019. Il governatore Chiamparino si riferisce ai risparmi previsti di 4 miliardi nel 2017 e di 5 nel 2018: se ha parlato di sanità vuol dire che le Regioni hanno già deciso di reperire quei risparmi dal fondo sanitario, io spero che risolveremo in altro modo, abbiamo un anno per lavorarci. Il tema del funzionamento delle Regioni al netto della sanità è una questione reale e l'abbiamo affrontata anche con il decreto approvato venerdì dando respiro sul pregresso».

Non c'è molto altro nei bilanci regionali.

«Io preferirei che la sanità non venisse toccata, e che si accompagnassero le Regioni in un processo di ristrutturazione delle spese anche sulle altre voci, per favorire i risparmi di spesa e l'efficienza. Con questa manovra , la prima espansiva da un decennio, il Pil aumenterà e si libereranno più risorse, anche se ribadisco che da quest'anno le leve di risparmio rimangono in sanità».

Quali voci di spesa si potrebbero finanziare con ulteriori risorse da reperire nelle pieghe di bilancio?

«Penso ai farmaci innovativi come per l'epatite C e alle risorse necessarie per cominciare a stabilizzare i precari, c'è un problema forte del comparto sul personale: credo che durante l'esame della legge riusciremo a reperire le risorse necessarie».

Non le sembra strano che lo stesso governo preveda prima 115 miliardi nel patto per la salute, poi 113 nel Def e infine 111 nella Stabilità e neghi che ci sia un taglio?

«Accade sempre così: il Def è una proiezione tendenziale dei costi in base alla popolazione e al Pil, poi il bilancio vero è quello che è scritto nella Stabilità. Quanto al patto per la salute, sono state le Regioni a decidere di rinunciare ai due miliardi in più del fondo l'anno scorso per finanziare le altre voci. La Sanità è un sistema molto complesso, ma negli ultimi anni abbiamo fatto dei passi avanti da gigante. Tra il 2003 e il 2009 la spesa è esplosa, tanto che quando il Paese si è trovato nell'emergenza finanziaria il comparto ha subito un taglio per 25 miliardi. Una decisione dolorosa, perché non è stata fatta sui processi, ma sulla cassa, finendo per depauperare alcuni servizi. Due anni fa abbiamo fatto un patto per la salute molto innovativo. Abbiamo valutato che con l'invecchiamento della popolazione e l'avvento dei farmaci innovativi e della medicina personalizzata la domanda è destinata ad aumentare del 2%. A questo punto abbiamo deciso di correre ai ripari, agendo sui processi per favorire risparmi del sistema, da reinvestire nello stesso comparto. I margini di risparmio sono molti, c'è chi dice 10 miliardi chi addirittura 30. Solo con la centrale unica di acquisti si può tagliare la spesa del 15%».

C'è qualcuno che continua a parlare di tagli lineari.

«Guardi, da quando sono ministro, cioè dal 2013, il fondo è passato da 107 a 111 miliardi, aumentando sistematicamente di un miliardo all'anno. Non so a cosa si riferisce chi parla di tagli lineari. Per il 2016 poi non si può parlare di taglio, perché quelle risorse non erano state ancora stanziate in bilancio: siamo davvero fuori tema».

Pensa che sia possibile che qualche Regioni aumenti il ticket?

«L'aumento del ticket non è proponibile. Abbiamo un tema serio che riguarda le nuove povertà, non credo che sia praticabile oggi quella strada».

Si è pentita di aver fatto quel riferimento contro il federalismo? Le Regioni si sono arrabbiate.

«Sono anni che dico che il titolo V non funziona, non credo nei tabù. Oggi abbiamo un'Italia divisa in due, con alcune zone in grande sofferenza. Credo che lo Stato stia facendo la sua parte di controllore, come richiede la normativa vigente, e sta svolgendo un ruolo molto importante per tenere assieme nord e sud, Regioni più virtuose e meno virtuose. Dopo molti anni oggi c'è dialogo: al tavolo appena partito le stesse Regioni hanno proposto di attivare un sistema premiale per i virtuosi. Discutendo sapremo trovare la soluzione per fare in modo che chi già va bene vada meglio e chi è indietro possa realmente risalire. Ricordiamoci che parliamo del diritto alla salute».

Su Roma cosa dice? Anche lì pentita di aver proposto Pd e Ncd assieme con Marchini?

«Non sono stata così basica (sorride, ndr). Guardi, scriva che sono una sognatrice e che sogno per la mia città una mobilitazione dei migliori, che esprima le forze migliori che ci sono. Aggiungo, anche se non me l'ha chiesto, che io non mi candiderò. Faccio la ministra di un settore importante come la sanità, vorrei attuare le riforme che ho realizzato».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

09-NOV-2015
da pag. 21
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

FARMACI

Consumi mondiali: +30% nel 2018

L'effervescenza di manovre nel settore farmaceutico di questi giorni si fonda su una previsione ottimistica per il comparto: in soli tre anni la domanda mondiale di farmaci è destinata ad aumentare del 30%. Stati Uniti e Cina, nell'ordine, saranno il primo e il secondo mercato di sbocco. E l'Italia, per una volta, è ben posizionata: secondo produttore Ue, siamo anche il Paese europeo il cui export di medicinali cresce di più.

▸ pagina 21

FARMACEUTICA

Aumenta la domanda mondiale di farmaci: +30% entro il 2018

Micaela Cappellini ▸ pagina 21

Industria farmaceutica. Usa e Cina i mercati più promettenti per i nostri produttori

Cresce il consumo globale di farmaci: +30% nel 2018

Fra i big europei l'Italia registra il maggior aumento nelle esportazioni

Micaela Cappellini

C'è grande fermento, in questi giorni, nel mondo farmaceutico. Prima il colosso americano delle farmacie Walgreens (peraltro guidato dall'italiano Stefano Pessina) acquisisce la rivale Rite Aid; poi la Pfizer avvia un negoziato per acquistare l'irlandese Allergan; infine Glaxo annuncia di voler investire in Italia un miliardo di euro in quattro anni. Come mai tutto questo dinamismo? Per un motivo molto semplice: il comparto mondiale della farmaceutica gode di ottima salute e promette tassi di crescita scoppiettanti. Secondo Deloitte, fra soli tre anni le vendite di medicinali raggiungeranno quota 1.600 miliardi di dollari, vale a dire il 30% in più del fatturato messo a segno l'anno scorso.

C'è poi una seconda buona notizia, e riguarda l'Italia: il nostro Paese appare ben posizionato per aggiudicarsi una discreta fetta di questo settore. Lo dicono i numeri di Farmindustria (si veda Il Sole 24 Ore del 7 novembre): con 29 miliardi di fatturato nel 2014 siamo i secondi produttori di farmaci in Europa, dietro la Germania. Ma soprattutto, il ritmo a cui cresce il nostro export è il più alto di tutto il Vecchio continente. Soltanto nel 2014 le vendite all'estero di farmaci prodotti in Italia sono cresciute del 72%; tra il 2010 e il 2014 l'export italiano è aumentato di 8,1 miliardi di dollari, quello tedesco di 7,9.

Un comparto italiano che va bene, una domanda mondiale che cresce. Quali sono dunque i migliori mercati per la nostra industria del farmaco? Secondo l'Ims Institute, da qui al 2018 la crescita maggiore sarà negli Stati Uniti, che rappresentano già un terzo di tutta la domanda mondiale e che nei prossimi tre anni vedranno la spesa farmaceutica aumentare in media tra il 5 e l'8% all'anno.

Anche i Paesi emergenti faranno la loro parte, aumentando la loro richiesta di farmaci in media dell'8-11% all'anno. Pechino, in particolare, nel 2018 diventerà il secondo più grande mercato mondiale per l'industria del farmaco. Si stima che nei prossimi cinque anni la spesa pro capite cinese in medicinali crescerà di oltre il 70 per cento.

Tra gli altri Paesi che vanno affermandosi sullo scacchiere internazionale, la domanda di medicinali decollerà più della media mondiale in Polonia (+9,9% in media ogni anno da qui al 2018, sostengono gli esperti dell'Ims Institute), in Venezuela (+12,5%), nelle Filippine (+10,2%) e in Messico

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

09-NOV-2015
da pag. 21
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

(+8,6 per cento).

Se dunque nel complesso i Paesi emergenti, ricorda Deloitte, saranno responsabili del 50% dell'aumento della domanda di farmaci da qui al 2018, la maggior parte dei Paesi industrializzati assisterà invece a una crescita più moderata nel consumo di medicinali, complici soprattutto le politiche di contenimento della spesa sanitaria pubblica che si stanno diffondendo, soprattutto nel Vecchio continente.

Non tutti i prodotti, nei prossimi anni, saranno poi richiesti allo stesso modo: da un lato infatti, prevede Deloitte, crescerà la domanda di preparati innovativi per la cura dei tumori, delle malattie cardiovascolari e di quelle immunologiche - guarda caso, tra i più richiesti negli Usa e nei Paesi avanzati - dall'altro lato aumenterà il bisogno di farmaci generici, e questi invece sono più popolari nei Paesi emergenti. Due segmenti molto diversi. Quale è più adatto alle nostre imprese? «L'Italia è competitiva su entrambi - assicura il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi - perché siamo un Paese a forte produzione industriale, ma anche a ricerca avanzata. E con il Ttip, l'accordo di libero scambio transatlantico, sul mercato americano non potremo che guadagnare ancora di più».

Anche gli investimenti esteri, per ora, non ci mancano: l'Italia è il primo Paese in Europa per investimenti americani nel settore della farmaceutica; siamo anche primi in Europa per valore della produzione delle aziende tedesche e di quelle svizzere, mentre siamo secondi per produzione delle aziende francesi e di quelle inglesi. Solo il 40% delle nostre imprese, infatti, è a capitale italiano.

Certo, a crescere non siamo i soli. L'Efpia, la federazione che riunisce le industrie farmaceutiche d'Europa, ricorda che in Brasile, in Cina e in India non sta aumentando solo la domanda di medicinali, ma anche l'attività di produzione e persino di ricerca e sviluppo. Scaccabarozzi conferma: «Non passa settimana in cui io non venga contattato dalle ambasciate e da altre istituzioni della Cina, della Corea del Sud e di altre realtà asiatiche in crescita. Cercano aziende italiane d'eccellenza che vadano a investire nei loro Paesi, aumentandone la capacità produttiva e accrescendone la qualità dei prodotti. Ci propongono seminari ad hoc, mettono a disposizione ricerche di mercato mirate, sono persino pronti a offrire agevolazioni fiscali». Insomma, si rendono competitivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I FARMACI TOP

Oncologici al primo posto

■ Sarà questa la classe di farmaci la cui domanda crescerà di più nei prossimi tre anni: secondo Deloitte la spesa per i medicinali altamente specializzati per il trattamento dei tumori raggiungerà i 100 miliardi di dollari nel 2018. Una crescita enorme, di 30-40 miliardi in termini assoluti in soli tre anni. In particolare, saranno i ritrovati più richiesti nei paesi avanzati, mentre in quelli emergenti costituiranno pur sempre la quarta voce di spesa della popolazione

Il segmento dei generici

■ Più adatti ai portafogli dei Paesi emergenti, ma anche alle politiche di spending review dei Paesi europei, il comparto dei medicinali generici quasi raddoppierà il proprio fatturato nei prossimi tre anni: valeva 168 miliardi di dollari nel 2013, raggiungerà i 283 miliardi alla fine del 2018

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

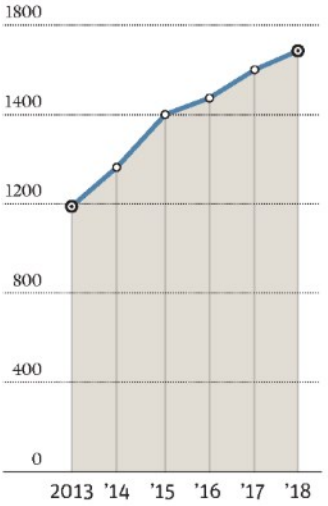
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

09-NOV-2015
da pag. 21
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

La mappa della domanda futura

LE PREVISIONI DI CRESCITA

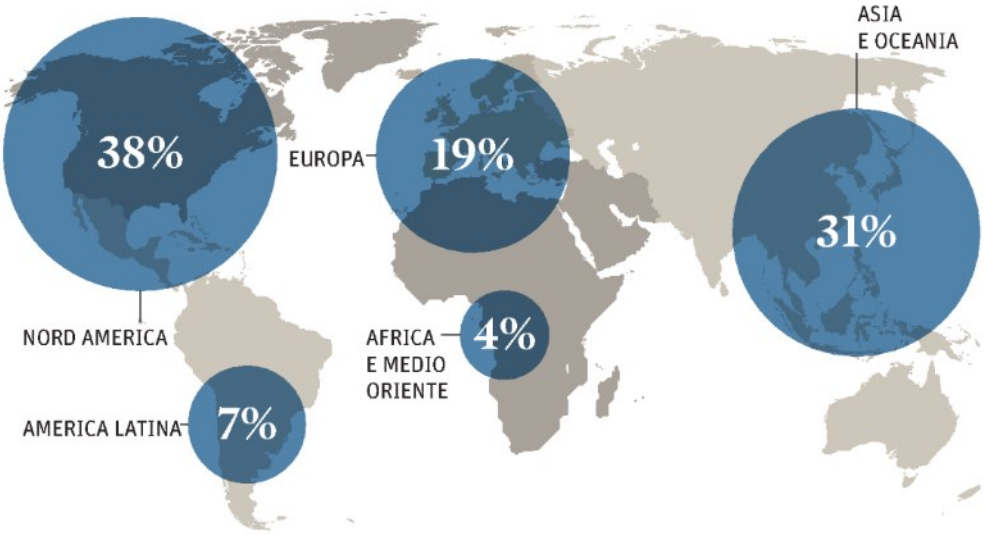
Vendite mondiali di farmaci. **In miliardi di dollari**



Fonte: Deloitte

CHI SPENDE DI PIÙ

Distribuzione geografica degli acquisti di farmaci prevista per il 2018. **In percentuale**



Fonte: Ims Institute

LA CRESCITA DELL'EXPORT

2010 - 2014. **Miliardi di dollari**

Italia	8,1
Svizzera	8,0
Germania	7,9
Danimarca	6,9
India	5,6
Cina	1,6
Stati Uniti	0,5
Brasile	0,3
Francia	-0,05
Spagna	-0,5
Regno Unito	-2,7

Fonte: Farmindustria

I PRODOTTI PIÙ RICHIESTI

Vendite attese nel 2018. **Miliardi di dollari**

Farmaci specifici

MERCATI AVANZATI		MERCATI EMERGENTI	
Farmaci oncologici	71-81	Antidolorifici	19-22
Per il diabete	61-71	Antibiotici	18-21
Per malattie autoimmuni	47-52	Antipertensivi	16-19
Antidolorifici	38-43	Farmaci oncologici	12-14
Respiratori	33-38	Per il diabete	11-13

Fonte: Ims Institute

I NUMERI DELL'ITALIA

174 Fabbriche

2,5 miliardi di euro — Investimenti in ricerca

29 miliardi di euro — Produzione 2014

72% — Quota export sul totale della produzione

63 mila — Lavoratori addetti

2° — Produttore in Europa dopo la Germania

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

09-NOV-2015
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Intervista Walter Ricciardi

«Senza i ricoveri inutili risparmi per 10 miliardi»

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ: BASTA PICCOLI NOSOCOMI

ROMA Walter Ricciardi presiede l'Istituto Superiore di Sanità. Sostiene che è possibile risparmiare 10 miliardi sugli oltre 110 che gli italiani (via Regioni) spendono per curarsi, senza usare la scure ma con una serie di misure "intelligenti".

Iniziamo dai ricoveri, dottor Ricciardi. Come è possibile ridurli assicurando contemporaneamente una assistenza sanitaria di qualità?

«In Italia i ricoveri ospedalieri sono 9 milioni e mezzo all'anno. Basterebbe che mediamente si risparmiassero 1.000 euro a ricovero ed ecco che avremmo risparmiato 10 miliardi. Le indagini ci dicono che il 70% dei medici italiani ammette d'aver proposto, nelle ultime settimane di lavoro, almeno un ricovero ospedaliero senza essere sicuro della sua necessità».

E perché?

«E' soprattutto un atteggiamento difensivo. Serve a proteggersi da eventuali ripercussione negative sul piano giudiziario».

Si spieghi meglio.

«L'Italia è l'unico paese al mondo assieme al Messico che codifica l'errore medico nel codice penale. E così i medici sono spinti a autotutelarsi a spese del Servizio Sanitario Nazionale. Le statistiche ci dicono che il 62% dei medici prescrive esami diagnostici anche quando non servono e il 59% visite specialistiche che servono solo a confermare soluzioni già individuate».

In questi giorni si parla di tagli alle Regioni...

«Si può fare moltissimo su questo fronte, esportando ovunque le pratiche migliori. Porto l'esempio della Regione Toscana che, assieme ad altre come il Veneto, ha ridotto i costi migliorando la qualità dell'assistenza. In Versilia, ad esempio, hanno accorpato quattro ospedali in uno che quindi ora ha la stazza per gestire tecnologie di livello. Le tre strutture chiuse sono state trasformate in Residenze per Anziani o in centri di accoglienza di cui pure il territorio aveva bisogno».

Morale?

«Per capirci: gli italiani devono essere consapevoli che partorire in un ospedale piccolo è enormemente più pericoloso che partorire in un centro ben attrezzato».

Ma quando una Regione decide di chiudere un piccolo ospedale scoppia un dramma.

«Se ne esce solo se il centro stabilisce dei criteri scientifici di gestione delle strutture sanitarie che poi le Regioni gestiscono autonomamente ma in una cornice identica per tutti. A me pare sbagliato che una Regione faccia pagare, chessò, un vaccino e l'altra no».

D. Pir.

Sanità, il piano anti-deficit ospedali in rosso nel mirino

data stampa
dal 1980 monitoraggio media