Ministero della Salute

Comunicato stampa n. 209

Data comunicato: **16 dicembre 2015**

AIFA: Ministro Lorenzin accoglie le dimissioni del Prof. Pecorelli

Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha accolto oggi le dimissioni rassegnate dal prof. Sergio Pecorelli da presidente del consiglio d'amministrazione dell'Aifa.

"Il professore Pecorelli – dichiara il Ministro Lorenzin - ha ritenuto di presentare le dimissioni per garantire un sereno svolgimento dell'attività dell'Agenzia Italiana del Farmaco, a cui ha dedicato impegno e passione. In questi anni ho avuto modo di apprezzare la sua professionalità ed esperienza, riconosciuta non solo in Italia ma dalla comunità scientifica internazionale. Lo ringrazio per il lavoro svolto e per il gesto di sensibilità istituzionale. Sono sicura – conclude il Ministro Lorenzin - che il professore Pecorelli avrà modo di dimostrare la totale estraneità ai fatti contestati".

17-12-2015

http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/conflitto-di-interessi-e-anticorruzione-la-realt%C3%A0-di-aifa-0

Conflitto di interessi e anticorruzione: la realtà di AIFA

In numerosi articoli usciti sulla stampa in questi giorni sono stati toccati argomenti legati agli organismi e ai procedimenti che AIFA attua per prevenire conflitti di interesse e casi di corruzione. Le attività dell'Agenzia in questo settore sono all'avanguardia, non solo a livello nazionale, come testimoniato anche dalla loro considerazione nello sviluppo degli schemi di prevenzione corruzione in sanità recentemente rilasciati da AGENAS e ANAC, e consentono una gestione trasparente e rigorosa di qualsiasi tipologia di segnalazione, pur senza generare costi per l'amministrazione, come espressamente richiesto dalla L. 190/2012.

I CONFLITTI DI INTERESSE. Seguendo i tre principi cardine dell'Appartenenza, Trasparenza e Responsabilità che guidano il documento strategico di funzionamento dell'Agenzia a partire dal 2012, tutti i dipendenti AIFA e tutti coloro che collaborano con l'Agenzia a qualunque titolo, inclusi fornitori e membri di Commissioni e organi di controllo, sono soggetti al regolamento sul conflitto di interesse, pubblicato in G.U. nel maggio del 2015 a seguito di un'apposita delibera proposta dal Direttore Generale al Consiglio d'Amministrazione e approvata dai Ministeri vigilanti. Il regolamento deve prevenire qualunque situazione di possibile distorsione (o strumentalizzazione) nelle attività dell'Agenzia: tutto il personale e i collaboratori sono tenuti a comunicare immediatamente qualsiasi interesse diretto o indiretto relativo ad aziende farmaceutiche (inclusi il possesso di fondi di investimento o azioni), e le dichiarazioni relative vengono valutate dalla dirigenza competente. Per i casi dubbi e per le dichiarazioni dei livelli più alti si ricorre a un comitato interno, presieduto dal Direttore Generale e costituito dai dirigenti delle aree interessate (come presidenza, affari legali, prevenzione corruzione), che si rapporta poi direttamente agli organi del Ministero della Salute soprattutto in caso di conflitti di livello 3 (incompatibilità totale), che richiedono un intervento da parte del dicastero vigilante.

L'aggiornamento del regolamento sul conflitto di interessi, approvato nel marzo 2015, ha già permesso il rafforzamento delle attività di verifica, come testimoniato dai dati sull'attività del Comitato di valutazione dei conflitti di interesse: la proiezione sui 12 mesi delle verifiche sulle DOI porta a un incremento dei controlli vicino al 100%.

Parametro	**2014**	**2015 (gennaio-luglio)**
DOI valutate	106	116
Limitazioni applicate (livelli 2 di rischio rilevati)	50	25
Livelli 3 di rischio rilevati	15	8

Il comitato è una struttura interna di autocontrollo di AIFA, che ha un ruolo decisionale rispetto ai dipendenti AIFA, e istruttorio per i Ministeri vigilanti rispetto a membri di commissioni e vertici dell'Agenzia; non va confuso con le altre strutture di controllo previste dalla legge, come l'Organismo Indipendente di Valutazione (che si occupa della performance), il Collegio dei Revisori (che valuta gli aspetti di bilancio), o le stesse Commissioni decisorie, dove sono rappresentati enti esterni come le Regioni.

Il modello di dichiarazione per il conflitto di interessi, pubblicato nel sito di AIFA, è basato su quello dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA); EMA e AIFA sono state tra le prime istituzioni di ambito sanitario a sistematizzare la verifica di questa tipologia di problematica, e le procedure da loro sviluppate sono oggi riprese a modello per l'estensione dei controlli su altri livelli del settore sanitario.

LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE. AIFA è stata tra le prime amministrazioni ad adeguarsi alla L. 190/2012, emanando già nel marzo 2013 il proprio primo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. La struttura di questo documento e della strategia di AIFA nel settore è stato sin dall'inizio operativo, incentrato sulla formazione continua del personale sui temi etici (codice di comportamento, normativa anticorruzione, reati contro la pubblica amministrazione, clima aziendale) e sullo sviluppo di adeguati strumenti di controllo e indagine interna, aggiornati annualmente secondo i termini di legge in considerazione dei risultati già conseguiti. Dati i vincoli di legge rispetto all'impossibilità di destinare risorse specifiche all'anticorruzione, AIFA ha fatto ricorso alle convenzioni in essere con altre istituzioni (come i Carabinieri NAS e l'Università di Roma La Sapienza), che hanno permesso di coinvolgere esperti e docenti nelle proprie attività, provvedendo anche a costituire un gruppo di lavoro trasversale tra uffici, che cura l'implementazione delle procedure, la gestione della formazione specialistica e la condivisione degli strumenti di controllo.

In questo ambito è stata formalizzata già nel 2014 una procedura per la gestione delle segnalazioni anonime e del c.d. "whistleblowing", che recepisce le modalità operative già in uso da anni per la canalizzazione dei segnali di intelligence utilizzati per le indagini sul crimine in ambito farmaceutico (http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/furti-di-medicinali,http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/indagine-aifa-nas-porta-decisione-antitrust-di-sospensione-vendite-line-di-farmaci-1): il Responsabile Prevenzione Corruzione AIFA può oggi utilizzare gli avanzati strumenti di indagine web (http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/conferenza-internazionale-fakeshare-conclusioni-e-risultati-operativi,http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/aifa-e-il-contrasto-al-crimine-farmaceutico-riconoscimento-dal-g8-research-group) e il network delle forze di polizia con cui l'Agenzia collabora, per approfondire qualsiasi tipo di segnalazione sospetta che pervenga, anche in forma anonima, per poi relazionarsi direttamente con Procure, Direzione o Ministeri vigilanti, a seconda del livello dell'oggetto dell'indagine, in caso di conferma dei riscontri.
IL FUTURO. Il modello di gestione del rischio implementato nel 2015 è di fatto risultato adeguato in termini di "prevenzione" rispetto al manifestarsi di eventi di corruzione, come confermato dall'analisi delle segnalazioni pervenute e della casistica corrente.

L'esperienza di AIFA rispetto ad anticorruzione e conflitto di interessi verrà presto sintetizzata in una pubblicazione che darà seguito alla relazione annuale richiesta dalle norme, a beneficio delle amministrazioni che volessero riprendere alcuni degli strumenti sviluppati dall'Agenzia in collaborazione con Carabinieri NAS e altre istituzioni; la condivisione trasparente delle "buone pratiche" è uno degli elementi strategici individuati da AIFA rispetto al contrasto di altre tipologie di crimine (www.fakeshare.eu), e i risultati ottenuti a oggi confermano che si tratta di un approccio in grado di superare i formalismi cui spesso vengono ridotte le giuste ambizioni della L. 190/2012.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

17-DIC-2015
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

LA POLEMICA

Conflitto d'interessi lascia Pecorelli presidente Aifa

ROMA. Sergio Pecorelli si è dimesso da presidente del cda di Aifa, l'agenzia del farmaco. Il professore, rettore a Brescia, è stato sospeso il 27 novembre per un conflitto di interessi (era nel board di una società che investiva nel settore farmaceutico). Adesso è lui stesso a decidere di lasciare, pur continuando a difendersi. «Ritengo non sussistano le condizioni per continuare. Preferisco fare un passo indietro, pur certo dell'inconsistenza delle cause di incompatibilità sollevate». Il ministro Lorenzin ha proposto alle Regioni, come nuovo presidente, Mario Melazzini, attualmente assessore in Lombardia.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 198.813
Diffusione 10/2015: 145.163
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-DIC-2015
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Farmaci. Mario Melazzini candidato alla successione

Aifa, si dimette Pecorelli

Roberto Turno

Show down all'Agenzia italiana del farmaco. Venti giorni dopo la sospensione dall'incarico, si è dimesso ieri il presidente del Cda dell'Aifa, professor Sergio Pecorelli, accusato per un presunto conflitto di interessi di «livello 3», il più elevato, da un comitato interno dell'Authority per la partecipazione a due Fondazioni e a una società di venture capital. «Faccio un passo indietro per rispetto delle istituzioni. Non devo dimostrare alcuna estraneità, i fatti che mi si contestano sono inesistenti. Ho presentato le dimissioni in quanto ritengo non sussistano le condizioni minime di serenità per continuare a lavorare in un'istituzione pubblica qual è oggi l'Aifa», ha dichiarato il professore e ginecologo di Brescia, 71 anni, che è anche rettore della locale Università. Incarico per il quale è stato di recente indagato dalla Procura per un concorso ritenuto ad hoc per una ex dipendente Aifa, già nella segreteria dell'ex ministra Gelmini.

Le sue dimissioni sono state «accolte» subito, ieri, dalla ministra Beatrice Lorenzin: «Ringrazio il professor Pecorelli per l'impegno e il lavoro di questi anni e per il gesto di sensibilità istituzionale. Sono sicura che avrà modo di dimostrare la sua totale estraneità ai fatti contestati». Intanto la ministra deve provvedere alla nuova nomina del presidente di un organismo sotto cui passa una spesa pubblica, non solo di farmaci, di oltre 30 miliardi. Il candidato sarebbe l'assessore della Lombardia (Università e ricerca) Mario Melazzini, 57 anni di Pavia, presidente dell'associazione Nemo per i malati di Sla.

Una Authority, l'Aifa, che intanto ha in atto una mega procedura di 400 assunzioni. Con capitoli aperti delicatissimi, a partire da quello dei farmaci innovativi, e poi della spesa farmaceutica ospedaliera che sfonda di oltre 1,5 miliardi l'anno e dei ripiani a carico delle imprese, su cui nella manovra non è finito nulla. Proprio ieri, in coincidenza forse non casuale con l'annuncio delle dimissioni di Pecorelli, l'Aifa in un comunicato ha tessuto le lodi di se stessa e dei suoi controlli anticorruzione e anti-conflitto d'interesse. Controlli che, sottolinea, in un anno sarebbero raddoppiati con l'individuazione di 15 casi di "livello 3 "di rischio nel 2014 e 8 quest'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

17-DIC-2015
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Soldi dalle aziende e fondi Le ombre sull'ex capo dell'Aifa

Il presidente Pecorelli si dimette e replica: contro di me addebiti inconsistenti

Troppi dubbi sulla sua imparzialità. L'uomo del farmaco in Italia, che governa un mercato da 30 miliardi, è sotto accusa per avere ricevuto contributi (tramite un giro di società) dalla Sanofi e dalla Jansenn che producono vaccini e medicinali. E, nonostante il suo ruolo istituzionale di capo dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), Sergio Pecorelli, 71 anni, è stato testimonial di un fondo di investimento legato anche alla farmaceutica. È quanto emerge da documenti riservati dell'Ufficio Anticorruzione Aifa che, arrivati sul tavolo del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ieri hanno fatto scattare le dimissioni del potente presidente, alla guida dell'Agenzia del farmaco da sei anni. Pecorelli, ginecologo di fama e rettore dell'ateneo di Brescia, si difende: «Faccio un passo indietro in quanto ritengo non sussistano le condizioni minime di serenità per continuare a lavorare all'Aifa. Ma sono certo dell'inconsistenza delle accuse».

Sul conflitto di interessi di Pecorelli, però, non ha dubbi l'Anticorruzione. In una nota confidenziale inviata il 2 dicembre dal responsabile dell'Ufficio, Domenico Di Giorgio, al ministro Lorenzin, si legge: «I documenti raccolti formalizzano la presenza di Pecorelli nella lista dei membri dell'*advisory board* della società Principia Sgr (che fornisce capitali per start up o piccole aziende che investono in Sanità,*ndr*)... Così la società ha potuto effettuare la promozione di un proprio fondo, utilizzando il nome del presidente Aifa, indicato con questa qualifica in una pagina dove veniva specificata l'intenzione del fondo di investire nel settore delle biotecnologie farmaceutiche». Parole che pesano come piombo. Pecorelli ha assicurato di non avere interessi economici diretti nella Principia Sgr, da cui non ha ricevuto emolumenti. Ma le sue giustificazioni non hanno convinto l'Anticorruzione, concentrata sull'inopportunità di promuovere con il marchio Aifa un fondo di investimento.

Chiunque sieda nell'Agenzia del farmaco dev'essere al di sopra di qualsiasi sospetto. Sulla posizione di Pecorelli incide anche la sua Healthy Foundation: la fondazione, che si occupa di promozione della ricerca ed educazione a stili di vita sani, riceve contributi dalle case farmaceutiche tramite Intermedia, un'agenzia di comunicazione di Brescia. Socio al 50% dell'agenzia è Mauro Boldrini, contemporaneamente segretario generale e tesoriere della Healthy. «La partecipazione attiva in una fondazione che riceve finanziamenti da aziende farmaceutiche — scrive l'Anticorruzione — è un elemento di potenziali conflitti di interesse di livello significativo».

Vista la pesantezza delle accuse — e dopo avere tentato di difendersi senza successo — ieri Pecorelli ha optato per il passo indietro. «Il professore Pecorelli ha ritenuto di presentare le dimissioni per garantire un sereno svolgimento dell'attività dell'Agenzia italiana del farmaco, a cui ha dedicato impegno e passione — commenta il ministro Lorenzin —. Lo ringrazio per il lavoro svolto e per il gesto di sensibilità istituzionale. Sono sicura che Pecorelli avrà modo di dimostrare la totale estraneità ai fatti contestati». In pole position per la presidenza di Aifa ora c'è il medico Mario Melazzini, attuale assessore alla Ricerca in Regione Lombardia.

Mario Gerevini
Simona Ravizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

- Sergio Pecorelli (*nella foto sopra*) si è dimesso dalla presidenza del Consiglio di amministrazione dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa)
- Pecorelli è anche rettore dell'Università di Brescia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 16 DICEMBRE 2015

Stabilità. Al via l'esame in Aula alla Camera. Ecco tutti gli emendamenti di interesse sanitario approvati dalla commissione Bilancio

Non solo nuove assunzioni per medici e infermieri e risk managment. Ma anche, dal contrasto al gioco d'azzardo ai nuovi fondi per i soggetti con disturbo dello spettro autistico, dal diritto di cura per i pazienti fuori Regione agli accordi sulla mobilità sanitaria. E ancora, aumento del Fondo per la cura delle malattie rare e le Aziende sanitarie uniche Università/Ssn saranno solo nelle Regioni a statuto speciale. IL TESTO

Conclusi i lavori da parte della commissione Bilancio, nel pomeriggio di oggi prenderà il via l'esame del disegno di legge di stabilità da parte dell'Aula della Camera. Approvato solo nella tarda serata di ieri l'emendamento che permetterà di sbloccare le nuove assunzioni di medici e infermieri resesi necessarie per tamponare l'emergenza legata all'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro. Di seguito un'analisi degli emendamenti di interesse sanitario che si dovrebbero aggiungere alle misure già previste dal testo della stabilità approvato da Palazzo Madama. Su tutto pesa comunque l'incognita di un possibile maxiemendamento del Governo con la richieste della fiducia come già accaduto in prima lettura al Senato.

Commi 64-65 - Deduzioni Irap per i soggetti di minori dimensioni
Sgravi Irap per medici che hanno stretto convenzioni per studi all'interno degli ospedali. Nel testo si spiega che "non sussiste autonoma organizzazione ai fini Irap nel caso di medici che abbiano sottoscritto specifiche convenzioni con le strutture ospedaliere per lo svolgimento della professione, ove percepiscano per l'attività svolta presso dette strutture più del 75 per cento del proprio reddito complessivo". L'esistenza dell'autonoma organizzazione è comunque configurabile in presenza di elementi che superano lo standard e i parametri previsti dalla Convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Commi 218 – Fondo per il sostegno di persone con disabilità grave prive di legami familiari
Viene istituito Ministero del lavoro e delle politiche sociali - precedentemente il Fondo era istituito presso il Ministero dell'economia e delle Finanze - misure per il sostegno di persone con disabilità grave prive di legami familiari.

Comma 218-bis –Fondo per i soggetti con disturbo dello spettro autistico
Istituito presso il Ministero della salute il "Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico" dotato di 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2016, i cui criteri attuativi sono demandati ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore delle legge in esame, previa intesa in sede di Conferenza unificata.

Comma 220-bis - Stanziati 5 milioni di euro per l'anno 2016 al fine di potenziare i progetti

riguardanti misure per rendere effettivamente indipendente la vita delle persone con disabilità grave.

Comma 223 - Destinazione di quota del Fondo sanitario nazionale alla cura di malattie rare
Viene elevata la quota del Fondo sanitario nazionale da 1 a 2 milioni di euro per l'anno 2017 e da 2 a 4 milioni di euro per l'anno 2018 per lo svolgimento di una o più sperimentazioni cliniche concernenti l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare. La selezione delle sperimentazioni da finanziare avviene tramite procedura ad evidenza pubblica, coordinata dall'Agenzia italiana del farmaco e dall'Istituto superiore di sanità, che possono avvalersi di un comitato di esperti esterni ai fini della valutazione delle predette sperimentazioni.
La copertura viene garantita grazie alla riduzione del Fispe (Fondo per interventi strutturali di politica economica)

Comma 227-bis - Autorizzazione di spesa per l'Istituto nazionale di genetica molecolare
A decorrere dall'anno 2016, viene autorizzata la spesa ulteriore di 1 milione di euro annui per contribuire al funzionamento dell'Istituto nazionale di genetica molecolare. Anche in questo caso la copertura è garantita dalla riduzione del Fispe (Fondo per interventi strutturali di politica economica).

Comma 305 - Aziende sanitarie uniche nelle Regioni a statuto speciale
Le aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliere-universitarie nelle aziende sanitarie locali possano essere costituite nelle regioni a statuto speciale – precedentemente potevano essere costituite in tutte le Regioni – che, nel biennio 2014-2015, abbiano riorganizzato il proprio Servizio sanitario regionale, o ne abbiano avviato la riorganizzazione attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti.

Commi 330-bis - 330-septies - Acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale
Le disposizioni modificano quanto previsto dalla spending review del Governo Monti che aveva fissato, dal 2012, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, della spesa per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali da privatorispetto a quella registrata nel 2011 per le medesime voci, nella misura del 2% a decorrere dal 2014. Vengono inoltre definite norme sulla mobilità sanitaria interregionale e si impegnano le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Ssn ad applicare ai pazienti residenti fuori regione le medesime regole di accesso e di erogazione previste per i pazienti residenti nella regione di appartenenza delle strutture. Infine, viene disciplinato l'affiancamento dell'Agenas agli enti del Ssn in piano di rientro.

Commi 332-bis-332-ter - Altre disposizioni in materia sanitaria
Prevista l'assegnazione al Centro nazionale trapianti, per lo svolgimento delle attività di coordinamento della rete trapiantologica, delle risorse stanziate per le attività dei Centri di riferimento interregionali per i trapianti.
Quanto al processo di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), si trasferiscono alle Regioni a statuto speciale le risorse assegnate alle regioni medesime in sede di riparto della quota vincolata di Fondo sanitario nazionale per gli anni 2012, 2013, 2014, 2015.
Infine, autorizzata la spesa di 1 milione per l'anno 2016, 2 milioni per ciascuno degli anni 2017 e 2018 e di 1 milione a decorrere dal 2019 a favore dell'Istituto Gaslini di Genova.

Commi 388-406 - Concorso alla finanza pubblica delle Regioni e Province autonome e ulteriori disposizioni
Vista la specificità del comparto sanitario e gli specifici criteri contabili cui sono sottoposte le relative entrate e spese, la norma consente alle regioni, nell'ambito della disciplina relativa al pareggio di bilancio per l'anno 2015, di utilizzare gli avanzi di amministrazione vincolati degli esercizi precedenti il 2015 per nuovi impegni di spesa per il finanziamento del servizio sanitario nazionale, che non vengono pertanto computati nei saldi.

Comma 451-bis – 451-ter - Percorso tutela vittime di violenza
Si dispone che in applicazione della disciplina europea in materia di protezione ed assistenza delle vittime di reato, nonché in attuazione del decreto-legge n.93/2013 è istituito nelle aziende sanitarie ed ospedaliere un percorso di protezione denominato "Percorso tutela vittime di violenza".

Commi 524-535 - Disposizioni in materia di giochi
Si innalza, a decorrere dal 1° gennaio 2016, il PREU sulle newslot dal 15 al 17,5 per cento e si riduce la percentuale minima destinata alle vincite (pay out) dal 74 al 70 per cento.
Disposta a decorrere dal 2016 l'abrogazione della norma che ha stabilito a decorrere dal 2015 la riduzione di 500 milioni di euro dei compensi spettanti ai concessionari e agli altri operatori di filiera della raccolta del gioco con newslot e videolottery. Sempre dal 2016 il rilascio del nulla osta per le newslot è consentito solo in sostituzione di quelli già esistenti: si preclude pertanto l'ammissione di apparecchi aggiuntivi. Introdotta una nuova sanzione amministrativa di 20 mila euro in caso di violazione della norma che vieta l'installazione negli esercizi pubblici dei c.d. totem.
Vietata la pubblicità dei giochi con vincita in denaro nelle trasmissioni radiofoniche e televisive generaliste dalle ore 7 alle ore 22 di ogni giorno. E ancora, previste campagne di informazione e sensibilizzazione, in particolare nelle scuole, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo.
Attribuite alle regioni, a decorrere dal 1° gennaio 2016, le funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali, nonché ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione degli alunni medesimi. Per l'esercizio di tale funzioni è attribuito un contributo di 70 milioni di euro per l'anno 2016.
Istituito presso il Ministero della salute il Fondo per il gioco d'azzardo patologico-GAP, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette. Il Fondo è ripartito tra le regioni sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute da emanare entro sessanta giorni, sentita la Conferenza Stato regioni e entri locali. Per la dotazione del fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2016.

Commi 536-542 - Disposizioni di semplificazione per la dichiarazione precompilata
Si prevede che non si applicano le sanzioni in caso di lieve ritardo o di errata trasmissione dei dati relativi al 2014 ovvero relativi al primo anno di applicazione della normativa, a condizione che l'errore non abbia determinato una indebita fruizione di detrazioni o deduzioni nella dichiarazione precompilata. Si tratta, in particolare, delle sanzioni a carico dei soggetti obbligati con riferimento alle prestazioni sanitarie.
Previsto inoltre che l'elaborazione della dichiarazione precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate con riferimento ai dati trasmessi dagli enti, dalle casse, dalle società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e dai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale avvenga a partire dall'anno d'imposta 2015.
Si rende sperimentale, per il 2016, l'esclusione dal c.d. spesometro per i contribuenti che trasmettono i dati tramite il sistema tessera sanitaria.

Comma 545 - IVA cooperative sociali
Estesal'applicazione dell'aliquota IVA agevolata al 5 per cento a tutte le prestazioni socio-sanitarie rese dalle cooperative sociali ai soggetti indicati dalla legge e non solo, dunque, a quelle rese in esecuzione di contratti di appalto.

Queste, invece, i commi riguardanti la sanità già presenti nel testo del Ddl stabilità approvato dal Senato

Aumenti tributi e addizionali locali
Comma 23. Al fine di contenere il livello complessivo di pressione tributaria, in coerenza con gli equilibri generali di finanza pubblica, per l'anno 2016 è fatto divieto alle regioni e agli enti locali di deliberare aumenti dei tributi nonché delle addizionali ad essi attribuiti con legge dello Stato rispetto ai livelli di aliquote deliberate per l'esercizio 2015. Ma la sospensione non vale per le

maggiorazioni delle aliquote fiscali finalizzate al ripiano dei disavanzi sanitari e quindi le Regioni in Piano di rientro potranno comunque aumentarle.

Giovani eccellenze nella Pubblica Amministrazione
Comma 125. Le amministrazioni potranno procedere, per gli anni 2016, 2017 e 2018, ad assunzioni di personale a tempo indeterminato di qualifica non dirigenziale nel limite di un contingente di personale corrispondente, per ciascuno dei predetti anni, ad una spesa pari al 25% di quella relativa al medesimo personale cessato nell'anno precedente.
Le amministrazioni potranno procedere, per gli anni 2016, 2017 e 2018, al fine di garantire continuità nell'attuazione dell'attività di ricerca, possono continuare ad avvalersi del personale con contratto di collaborazione continuata e continuativa in essere alla data del 31 dicembre 2015, con l'attivazione di contratti a tempo determinato a valere sulle risorse disponibili.

Comma 128. A decorrere dal 1° gennaio 2016, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche non potrà superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 ed sarà, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente.

Università
Comma 133.Al fine di sostenere l'accesso dei giovani alla ricerca, il fondo per il finanziamento ordinario delle università statali è incrementato di 47 milioni di euro per l'anno 2016 e 50,5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017 per l'assunzione di ricercatori.

Comma 138. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medicil'autorizzazione di spesa viene incrementata di 57 milioni di euro per l'anno 2016, di 86 milioni di euro per l'anno 2017, di 126 milioni di euro per l'anno 2018, di 70 milioni per l'anno 2019 e di 90 milioni a decorrere dall'anno 2020.

Comma 139. Al fine di sostenere l'accesso dei giovani alle università, e in particolare dei giovani provenienti dalle famiglie meno abbienti, il Fondo integrativo per la concessione di borse di studio è incrementato di 5 mln di euro annui a decorrere dal 2016.

Opzione donna, invecchiamento attivo e no tax area per pensionati
Comma 162. Per prevenire patologie che possono condurre a invalidità, o per impedirne l'aggravamento, Inps e Inail potranno riconoscere ai propri assistiti che beneficiano delle cure termali l'accesso alle prestazioni economiche accessorie previste dalla legge 323/2000.

Non autosufficienza
Comma 218. Viene istituito un Fondo presso il Ministero dell'economia e delle finanze, con una dotazione di 90 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016, destinato al finanziamento di misure per il sostegno delle persone con disabilità grave, in particolare stato di indigenza e prive di legami familiari di primo grado ('dopo di noi').

Comma 219. Autorizzata la spesa di 1 mln di euro per il 2016 in favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi.

Comma 220. Lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, anche ai fini del finanziamento degli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, è incrementato di 150 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.

Comma 221. A decorrere dal 2016, al fine di favorire la realizzazione di progetti di integrazione dei disabili mentali attraverso lo sport, una quota pari a 500mila è euro è attribuita al programma internazionale di allenamento sportivo e competizioni atletiche per le persone, ragazzi e adulti, con

disabilità intellettiva, "Special Olympics Italia".

Comma 222. Ai fini dell'attuazione del comma 221, il contributo al Comitato italiano paraolimpico è incrementato di 0,5 mln a decorrere dal 2016.

Comma 223. Per lo svolgimento della sperimentazione clinica di fase II basata sul trapianto di cellule staminali cerebrali umane in pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, il Comitato interministeriale per la programmazione economica vincola, per un importo fino a 1 mln di euro per l'anno 2017 e fino a 2 milioni di euro per l'anno 2018, una quota del Fondo sanitario nazionale.

Comma 225. La dotazione del Fondo per le politiche della famiglia viene ridotto nella misura di 15 milioni di euro annui a decorrere dal 2016.

Comma 227. Concessione di un contributo annuo dello Stato all'Unione italiana ciechi, il contributo è erogato per l'85% agli enti di formazione destinatari, nonché per la restante parte, all'Associazione nazionale privi di vista ed ipovedenti onlus, per le esigenze del Centro Autonomia e mobilità e dell'annessa scuola cani-guida per ciechi e al Polo tattile multimediale della stamperia regionale braille onlus di Catania.

Comma 229. Assegnato un contributo di 100mila euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018 alla Biblioteca italiana per ipovedenti.

Esigenze indifferibili
Comma 246. Per il triennio 2016-2018 gli oneri posti a carico del bilancio statale sono quantificati, complessivamente, in 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016 per il personale della Pubblica Amministrazione, di cui 74 milioni di euro per il personale delle Forze armate e dei Corpi di polizia e 7 milioni di euro per il restante personale statale in regime di diritto pubblico.

Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio sanitario nazionale e Aziende sanitarie uniche
Comma 289. Al fine di favorire la corretta ed appropriata allocazione delle risorse programmate per il finanziamento del Ssn e per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), le disposizioni di cui al presente articolo disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario e nel rispetto della garanzia dei Lea.

Comma 290. Gli Enti del Servizio sanitario nazionale attivano un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in coerenza con il Programma nazionale valutazione esiti.

Comma 291. Il mancato rispetto delle disposizioni di cui comma 2 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

Comma 292. Ciascuna Regione entro il 30 giugno di ogni anno individua le Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie, gli Irccs e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano: a) uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro; b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Comma 293. Per l'anno 2016, entro il 31 marzo le regioni individuano, con apposito provvedimento di Giunta regionale o del Commissario ad acta, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 292. Per la verifica delle condizioni di cui al comma 4, sono utilizzati i dati dei costi relativi al quarto trimestre 2015 e dei ricavi come determinati ai sensi del decreto di cui al comma 6; per la verifica delle

condizioni di cui al comma 4, sono utilizzati i dati relativi all'anno 2014 indicati dal medesimo decreto di cui al comma 294.

Comma 294. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef e sentita la Conferenza Stato Regioni, da adottarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui al comma 292. Con il medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, anche tenendo conto di quanto previsto dal decreto sugli standard ospedalieri. Il decreto definisce, inoltre, le linee guida per la predisposizione dei piani di cui ai commi 297 e 298.

Comma 295. Entro il 31 dicembre 2016, con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni,vengono apportati i necessari aggiornamenti agli schemi allegati al medesimo decreto legislativo, al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale delle voci di costo e di ricavo.

Comma 296. Gli enti con un scostamento tra costi e ricavi presentano alla Regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio.

Comma 297. Le regioni non in piano di rientro regionale, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani, la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale e le linee guida di cui al comma 6, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale. I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato.

Comma 298. Le regioni in piano di rientro, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste e la loro coerenza con il piano di rientro regionale. I piani di rientro degli enti, approvati dalla Giunta regionale o dal Commissario ad acta, sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato.

Comma 299. Al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, la Gestione sanitaria accentrata iscrive sul proprio bilancio una quota di fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi di cui ai piani di rientro degli enti del servizio sanitario regionale.

Comma 300. Gli interventi individuati dai piani di cui ai commi 297 e 298 sono vincolanti per gli enti interessati e le determinazioni in essi previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti amministrativi già adottati dagli stessi in materia di programmazione e pianificazione aziendale, per renderli coerenti con i contenuti dei piani.

Comma 301. La regione, o il Commissario ad acta, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro degli enti.

Comma 302. Tutti contratti dei direttori generali, inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale in caso di mancata approvazione del piano di rientro da parte dell'ente interessato, o in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro.

Comma 303. A partire dal 2017, le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle Asl e ai relativi presidi a gestione diretta e agli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Comma 304. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef e la Conferenza Stato Regioni, da adottarsi entro il 30 giugno 2016, sono definiti i criteri di valutazione, i dati da prendere in considerazione, le modalità di calcolo e i relativi parametri di riferimento per l'individuazione da parte delle Regioni delle aziende, dei presidi e degli enti da sottoporre ad un piano di rientro, in caso di mancato conseguimento dell'equilibrio di bilancio o di disallineamento rispetto ai parametri di qualità ed esiti delle cure.

Comma 305. La collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e università potrà realizzarsi anche mediante la costituzione di aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliero-universitarie nelle aziende sanitarie locali, secondo modalità definite preventivamente con protocolli di intesa tra le regioni e le università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e successive modificazioni.

Comma 306. Le disposizioni di cui al comma 305 non si applicano alle regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario.

Disposizioni in materia di acquisizine di beni e servizi degli Enti del Servizio sanitario nazionale
Comma 307. Per garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, in via esclusiva, dalla Consip S.p.A.

Comma 308. Qualora le centrali di committenza individuate sulla base del comma 307 non siano disponibili ovvero operative, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori.

Comma 309. I singoli contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal decreto di cui al comma 307, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere prorogati oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla centrale di committenza individuata ai sensi del presente articolo. Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa.

Comma 310. In tema di Hta si prevede che, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni adottano provvedimenti volti a garantire che gli enti del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale.

Comma 311. A livello nazionale la Cabina di regia provvede a: definire le priorità per la valutazione tecnica multidimensionale dei Dispositivi Medici sulla base dei criteri di: rilevanza del problema di salute nonché di rilevanza, sicurezza, efficacia, impatto economico ed impatto organizzativo dei dispositivi medici, in coerenza con le linee guida europee in materia (EUnetHTA); promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale realizzate da Agenas e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati operanti nel Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici.

Aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2016
Comma 312. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Comma 313. La definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni. Il Ministro della

Salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta alla Camera una relazione sullo stato di attuazione dei commi da 312 a 324.

Comma 314. Per l'anno 2016 è finalizzato l'importo di 800 milioni per i nuovo Livelli essenziali di assistenza, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

Comma 315. Viene istituita, presso il Ministero della salute, la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn". La commissione, nominata e presieduta dal Ministro della salute, è composta dal Direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Iss, uno dall'Agenas, uno da Aifa, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette designati dalla Conferenza delle regioni. La commissione dura in carica 3 anni.

Comma 316. La commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea svolge in particolare le seguenti attività:
- procede ad una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza;
- acquisisce e valuta le proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni;
- per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, si avvale delle valutazioni di HTA (HealthTecnologyAssessment) su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi;
- valuta l'impatto economico delle modifiche ai livelli essenziali di assistenza;
- valuta le richieste provenienti da strutture del Ssn, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione.

Comma 317. La commissione formula annualmente una proposta di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Comma 318. Se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato Regioni, e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

Comma 319. La partecipazione alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea è onorifica. Essa può dar luogo esclusivamente solo al rimborso delle spese sostenute.

Comma 320. La Commissione è supportata da una Segreteria tecnico-scientifica operante presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, che può avvalersi di personale messo a disposizione, in posizione di comando o distacco, da Iss, Aifa, Agenas, Regioni, enti del Ssn ed altri enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

Comma 321. Per le attività di supporto di cui al comma 320 che richiedono specifiche attività di ricerca, il Ministero della salute può avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, nonché di esperti, nel numero massimo di cinque.

Comma 322. Gli oneri derivanti dai commi 315, 320 e 321 del presente articolo ammontano ad euro 1 milione.

Comma 323. All'articolo 54 (Lea) della legge Finanziaria del 2002, opo le parole "Consiglio dei Ministri," sono aggiunte le seguenti "su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,".

Comma 324. A decorrere dalla costituzione della Commissione di cui al comma 315, è abrogato il comma 10 dell'articolo 4-bis del decreto-legge 15 aprile 2002 n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112.

Comma 325. Il livello del Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è rideterminato, per l'anno 2016, in 111.000 milioni di euro. Sono sterilizzati gli effetti derivanti dal periodo precedente sugli obiettivi di finanza pubblica delle autonomie speciali.

Comma 326. I 500 milioni per ciascuno degli anni 2015 e 2016, che la stabilità dello scorso anno ha stanziato per il Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi (compresi quelli per l'epatite C), concorreranno al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale solo per l'eventuale eccedenza di spesa oltre i 500 milioni previsti per ciascun anno.

Comma 327. Il Ministero della Salute, sentita l'Aifa, dovrà predisporre ogni anno un Programma strategicovolto a definire le priorità di intervento, le condizioni di accesso ai trattamenti, i parametri di rimborsabilità sulla base di risultati clinici significativi, il numero dei pazienti potenzialmente trattabili e le relative previsioni di spesa, le condizioni d'acquisto, gli schemi di prezzo condizionati al risultato e gli indicatori di performance degli stessi, gli strumenti a garanzia e trasparenza di tutte le procedure, le modalità di monitoraggio e valutazione degli interventi in tutto il territorio nazionale.

Comma 328. E' istituito, nello stato di previsione del Ministero della Salute, il fondo per finanziare la prima applicazione da parte delle farmacie del servizio di revisione dell'uso dei medicinali (Medicine Use Review), finalizzato, in via sperimentale, ad assicurare l'aderenza farmacologica alle terapie con conseguente riduzione dei costi per le spese sanitarie relative ai pazienti affetti da asma.

Comma 329. Il Fondo di cui al comma 328 è assegnato alle Regioni in proporzione alla popolazione residente ed è destinato in via esclusiva e diretta a finanziare la remunerazione del servizio reso dal farmacista.

Comma 330. Per il finanziamento del Fondo di cui al comma 328 è stanziata la somma di 1 mln di euro.

Comma 331. Al fine di dotare il Paese di un'infrastruttura dedicata ad un progetto nazionale di genomica applicata alla sanità pubblica, volto alla realizzazione di un piano nazionale di implementazione medico sanitarie delle conoscenze e tecnologie genomiche con particolare riguardo al sequenziamento, analisi e valorizzazione scientifica delle sequenze genomiche della popolazione italiana, è istituito presso il Ministero delle Salute, un fondo di 5 mln di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018.

Comma 332. Gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzo del Fondo, la progettazione e la gestione del "Progetto genomi Italia", sono adottati da una commissione denominata "Commissione nazionale genomi Italia" istituita con decreto del Ministero della Salute. La commissione, di durata triennale, individua entro 90 giorni dalla pubblicazione della presente legge, il o i soggetti, pubblici o privati, che si impegnano a cofinanziare il progetto nella misura non inferiore alle risorse destinate annualmente dallo Stato.

Concorso alla finanza pubblica delle Regioni e Province Autonome
Comma 388. Le Regioni assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per il 2017 e 5.480 per ciascuno degli anni 2018 e 2019, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, da recepire con Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni entro il 31 gennaio di

ciascun anno. In assenza di intesa, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, i richiamati importi sono assegnati ad ambiti di spesa ed attribuiti alle singoli Regioni e province autonome, tenendo anche conto della popolazione residente e del Pil, e sono rideterminati i livelli di finanziamento degli ambiti individuati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale.

Disposizioni di semplificazione per la dichiarazione precompilata
Comma 537. b) Tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema Tessera Sanitaria mediante i servizi telematici messi a disposizione dal Sistema Tessera Sanitaria.
c) Asl, ospedali e cliniche che non invieranno i dati relativi alle prestazioni erogate dal 2015 al fine del loro inserimento nel 730 precompilato, o le invieranno in ritardo o con errori, rischieranno una multa da 100 euro a 2mila euro.

Ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi da parte dell'Agenzia delle entrate, nonché dei controlli sugli oneri deducibili e sugli oneri detraibili, entro il 28 febbraio di ciascun anno, gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e ifondi integrativi del Servizio sanitario nazionale che nell'anno precedente hanno ottenuto l'attestazione di iscrizione nell'Anagrafe dei fondi sanitari nonché gli altri fondi comunque denominati, trasmettono all'Agenzia dell'entrate, per tutti i soggetti del rapporto, una comunicazione contenente i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate per effetto dei contributi versati.

Giovanni Rodriquez

quotidianosanità.it

Mercoledì 16 DICEMBRE 2015

Stabilità. Lorenzin a tutto campo: “Confermo le disponibilità per assumere fino a 6mila medici e infermieri. E adesso basta tagli, la sanità deve avere budget certi”

All'indomani del via libera alla Stabilità in Commissione Bilancio e in contemporanea con lo sciopero dei medici, il ministro indice una conferenza stampa per rivendicare il lavoro fatto fino ad oggi. A partire dalle nuove assunzioni per far fronte all'emergenza orario di lavoro: “Abbiamo stimato un impatto fino a 329 milioni di euro per un fabbisogno teorico di 6mila unità. Ma saranno le Regioni a indicare le necessità reali”. LE MISURE PER LA SANITA'

Fino a 329 milioni di euro per 6mila assunzioni in sanità il tutto entro il 2017. Norme sulla medicina difensiva entro la tarda primavera, al massimo entro gli inizi dell’estate. Leve di risparmio certificate e bollinate dalla Ragioneria dello Stato con risorse liberate che saranno reinvestite nel sistema sanitario nazionale. E ancora, nuovi Livelli essenziali di assistenza che dovranno entrare in scena entro la fine di febbraio grazie a 800 milioni vincolati dal Fondo sanitario nazionale.

Sono queste solo alcune delle frecce all’arco che il ministro Beatrice Lorenzin ha mostrato dichiarando chiusa la stagione di lacrime e sangue per la sanità. Un addio ai tagli ribadito anche legge di Stabilità che il ministro ha voluto illustrare oggi in una conferenza stampa al Ministero di Lungotevere Ripa. Un faccia a faccia con i giornalisti che arriva all’indomani dell’approvazione dell’emendamento in Commissione Bilancio sulle nuove assunzioni e il rischio clinico, ma anche nel giorno dello sciopero dei medici.

Una protesta che il Ministro ha voluto raccogliere “in modo costruttivo”, ben consapevole, come ha ammesso e riconosciuto che: “Se il sistema ha retto nonostante crisi lo si deve proprio al sacrificio in termini di disponibilità e preparazione di medici e infermieri”.

Ecco perché, ha aggiunto, sarebbe “necessaria una riflessione del Governo sull’intero comparto sanità, che merita una grande operazione”. Dopo l’anno della buona scuola, ha sottolineato “credo sia ora venuto il momento della sanità”.
In ogni modo, per Lorenzin molto è già stato fatto, come dimostrano tutte le misure messe in campo nell’ultimo anno e che vanno dall’aumento graduale del fondo sanitario passando per le riforme strutturali fino ad arrivare a conquistare un tesoretto di risparmi che saranno reinvestiti in sanità.

Tappe che il Ministro ha elencato nel dettaglio ai giornalisti. Partendo naturalmente dal piatto forte della giornata: le nuove assunzioni di medici e infermieri.

“L’assunzione di medici e infermieri arriva da un lungo percorso – ha spiegato – ho cercato con forza l’applicazione della direttiva europea sui turni di riposo non solo per interrompere una fase sanzionatoria carico del nostro Paese, ma ritengo che questa sia una questione di civiltà: è un diritto dei medici usufruire dei turni di riposo e un diritto per i pazienti di essere curati da persone che hanno potuto riposarsi. Per questo ho rifiutato la possibilità di una proroga”.

Le Regioni, ha ricordato, avevano avuto un anno di tempo per adeguarsi “ma per vari motivi non sono riuscite a proporre un piano di nuove assunzioni e di riorganizzazione interna delle procedure di lavoro per ridistribuire meglio il personale. Tutti si aspettavano quindi che il Ministro avrebbe prorogato questo tempo, e invece il Ministro ha rifiutato. Lo avevo detto e lo abbiamo fatto”.

Le assunzioni avranno quindi tempi e scadenze precise: “Le Regioni dal primo gennaio potranno assumerne personale con contratti flessibili per risolvere le emergenze, ed entro febbraio dovranno inviare i fabbisogni di personale medico e infermieristico necessari per rispondere alle esigenze che potrebbero derivare dall’applicazione delle normativa europea sui turni di riposo. E quindi, sulla base dei fabbisogni, partiranno i concorsi per le assunzioni a tempo indeterminato, riservando un 50% per la stabilizzazione di precari. Concorsi che finiranno il loro iter massimo per il 31 dicembre 2017”.

E fondi ci sono: “Il Fondo sanitario nazionale – ha sottolineato – è aumentato di 1,3 miliardi rispetto al 2014” . E altri ce ne saranno grazie alle leve contenute nella Stabilità (centrali uniche di acquisto, piani di rientro degli ospedali in deficit, risk management, medicina digitale) che consentiranno di risparmiare e di reinvestire in sanità. “Ci sono ancora margini di risparmio molto ampi – ha quindi ha ribadito il ministro - e stiamo dando alle Regioni gli strumenti” per ottenere i fondi necessari.

Quanto alle cifre, sollecitata da una nostra domanda, ha spiegato “Abbiamo lavorato su una stima di 329 milioni di euro per 6mila assunzioni, metà medici e metà infermieri, quote che si potrebbero modulare diversamente a seconda dei fabbisogni. E queste stime sono state fatte in eccesso. Dalle analisi dei fabbisogni delle singole Regioni, che dovrebbero arrivare a febbraio, capiremo se sono adeguate, ma potrebbe anche esserci una richiesta di fabbisogno inferiore a quanto previsto”.

Prima dell’estate la legge sulla medicina difensiva. Ma il Ministro ha anche un’altra carta da giocare: quella della medicina difensiva. “Uno dei pilastri della politica di Governo, un tassello della riorganizzazione del sistema” ha sottolineato con orgoglio. “Sulle norme in materia di medicina difensiva – ha quindi spiegato – abbiamo avuto garanzie di una corsia agevolata per l’approvazione del Ddl in Aula entro la tarda primavera, al massimo l’inizio dell’estate. Si tratta di pezzi del Patto della Salute, che sta vedendo la luce”.

A completare il puzzle della riorganizzazione del Ssn ci sono poi i nuovi Lea, ormai da un anno in panchina alla Stato Regioni. Ma per il fischio di inizio, ha assicurato Lorenzin, non bisognerà aspettare ancora molto, anche perché la legge parla chiaro: “Secondo quanto dettato dalla Stabilità, entro 60 giorni dalla sua entrata in vigore dovranno essere approvati. E per la loro attuazione abbiamo anche vincolato 800 milioni di euro dal Fondo sanitario. Nella Stabilità abbiamo inoltre inserito norme per l’aggiornamento e la cifratura anche del nomenclatore, già licenziati lo scorso anno. Sarà anche istituita anche una commissione nazionale per il loro aggiornamento costante”. Insomma, ha detto “si inaugura una nuova stagione dove le prestazioni non si aggiorneranno ogni 15 anni per paura della spesa che ne deriva, ma costantemente e con un conseguente ‘drafting’ dalle vecchie alle nuove tecnologie, con chiarezza degli obiettivi che bisogna raggiungere”.

Ma i margini di efficientamento sono ancora molto alti. Saranno, infatti, attivate azioni di monitoraggio e controllo per verificare che quando stabilito dalla legge venga attuato. Grazie alle nuove norme sull’acquisto di beni e servizi mediante le centrali di committenza, si elimineranno le differenze di prezzo sul territorio nazionale. “Gli enti del Ssn – spiega– dovranno effettuare gli acquisti attraverso le centrali di riferimento regionali o tramite Consip. Avremo risparmi almeno del 15-20% minimo e chi seguirà altre modalità d’acquisto andrà incontro a danno erariale. E per i contratti in essere non saranno ammesse proroghe”. Insomma, entro pochi mesi, spiega ironicamente, avremo un simbolo di risparmio : “La siringa unica nazionale”.

E ancora, gli ospedali in deficit saranno sottoposti a pani di rientro per eliminare le inefficienze. I manager che non raggiungono i risultati decadono. E i bilanci dovranno essere obbligatoriamente pubblicati sui siti web delle aziende.

E nel prossimo Consiglio dei Ministri arriverà il primo dei decreti attuativi della legge Madia

sulla costituzione dell’albo nazionale dei manager: “Una novità per rendere trasparente e meritocratico l’accesso alla dirigenza sanitaria. Obiettivo è permettere una selezione verso l’alto con requisiti standardizzati di grande esperienza e con un master ad hoc per la sanità”.

Tirando le somme: “Bisogna realizzare riforme di sistema per garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, ma – ha aggiunto – in futuro dobbiamo dirci chiaramente quanto siamo disposti a spendere per la sanità, togliendo da altri settori, a fronte di un aumento della domanda sanitaria per l'invecchiamento della popolazione”. Questo, ha concluso Lorenzin “sarà il lavoro per il 2016 e il 2017”.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 198.813
Diffusione 10/2015: 145.163
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-DIC-2015
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ

Medici: da gennaio 6mila assunzioni con contratti a tempo

Roberto Turno ▸ pagina 12

Sanità. I nuovi strumenti prorogabili fino a ottobre in attesa dei concorsi

Da gennaio 6mila contratti a termine per medici

Promette 6mila assunzioni che si concluderanno solo a fine 2017 senza nuove spese, ma con 329 milioni frutto dei risparmi che le regioni dovranno realizzare tra ospedali in rosso, acquisto di beni e servizi con la le centrali uniche regionali e la «siringa unica nazionale», le nuove regole contro gli sprechi della medicina difensiva. Annuncia i nuovi Lea per fine febbraio e prestissimo l'Albo dei manager in stile "trasparenza" secondo la "Legge Madia". E liscia il pelo ai medici ieri in sciopero generale col 75% di adesioni: «Senza di voi il sistema non avrebbe retto. Comprendo i disagi, ma il Governo non è fermo. La stagione dei tagli è finita». Ma solo se si risparmia davvero.

La ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, ha illustrato ieri in conferenza stampa dettagli e prospettive delle novità inserite all'ultimo momento nella manovra 2016. A partire da quelle votate per mettere riparo ai disagi per l'orario corto europeo che sta sguarnendo le corsie. Parole, quelle di Lorenzin, che non convincono i sindacati. Contro il depotenziamento della sanità pubblica, il disagio professionale, le risorse che mancano sempre più. E quanto alle nuove assunzioni previste, lo scetticismo impera: «Assunzioni del tutto ipotetiche, senza risorse aggiuntive». A gennaio, senza risposte, potrebbero esserci altri due giorni di piazza.

Sul capitolo assunzioni, Lorenzin confida nella massima celerità. Da gennaio scatteranno contratti flessibili, prorogabili fino a ottobre. A febbraio le regioni valuteranno i fabbisogni e a marzo potranno bandire i concorsi, sempreché tutto fili liscio. I concorsi potranno concludersi al massimo a fine 2017: riguarderanno per metà i medici e per metà gli infermieri, e il 50% dovrà essere riservato ai precari. Si stimano 329 milioni di spesa («ma potranno essere anche molto meno») e i governatori dovranno attingere ai 111 miliardi del Fondo 2016. Utilizzando parte dei risparmi attesi dalla Stabilità 2016 tra piani di rientro triennali degli ospedali in rosso (per i bilanci finanziari e di salute), gli acquisti a "buon prezzo", le norme attivate nella manovra contro il rischio professionale e quelle che arriveranno con la legge complessiva che avrà una corsia preferenziale in Parlamento per il varo entro la primavera.

Insomma, ora più che mai la palla passa alle regioni. Tra le quali ieri sono state indicate quelle benchmark per il 2015. Si tratta, nell'ordine, di Marche, Emilia Romagna, Umbria, Veneto, Lombardia. Le Marche dovranno essere obbligatoriamente nella rosa finale delle tre indicate per il benchmark, le altre 2 le sceglieranno (politicamente) i governatori. Che faranno bene i conti e troveranno un buon compromesso per trovare la soluzione che scontenta meno tutti.

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 160.969
Diffusione 10/2015: 120.031
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

17-DIC-2015
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Medici in sciopero, rinviate 40.000 operazioni chirurgiche

I SINDACATI: HA ADERITO IL 75% DI CAMICI BIANCHI E VETERINARI SCETTICISMO SULLE 6.000 ASSUNZIONI PROMESSE DAL GOVERNO

LA PROTESTA

ROMA Quarantamila interventi chirurgici rinviati, 350.000 visite specialistiche saltate e oltre un milione di appuntamenti dal medico di base annullati. Ci hanno rimesso anche i pazienti più piccini, visto che alla protesta hanno partecipato pure i pediatri. Salvo le urgenze, ieri la sanità pubblica si è fermata per lo sciopero generale dei medici. Una protesta alla quale hanno aderito anche i veterinari del servizio pubblico. Secondo le organizzazioni sindacali, hanno aderito tra il 75 e l'80% dei camici bianchi non precettati. Non è bastata a disinnescare la protesta, quindi, l'approvazione nella legge di Stabilità dell'emendamento che renderà possibili fino a seimila assunzioni nella sanità pubblica: i medici non ci credono, delegare le Regioni a reperire le risorse è ammettere che i soldi non ci sono, attaccano. «Non c'è alcuna risorsa economica aggiuntiva prevista finalizzata. Le risorse dovrebbero venire da risparmi delle Regioni che non sappiamo come possano essere fatti» denuncia il presidente dell'Anaao, il sindacato dei dirigenti medici, Domenico Iscaro. «I budget regionali sono già al limite» ricorda Massimo Cozza, Fp Cgil. Una tesi condivisa dal governatore della Lombardia, Roberto Maroni: «Dico ai medici attenzione, non fatevi prendere in giro dal governo che promette qualche cosa scaricando sulle Regioni promesse che non potranno essere mantenute».

Ma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, non è d'accordo: «Le risorse per le assunzioni ci sono, perché il fondo sanitario 2016, pari a 11 miliardi, è superiore di 1,3 miliardi rispetto allo scorso anno; inoltre, vanno considerati i risparmi che sono legati all'applicazione delle riforme». In particolare - spiega - i soldi per «le procedure di assunzione e di stabilizzazione del personale medico è infermieristico verranno dai risparmi conseguiti la centralizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi, dai piani di rientro aziendali e dal cosiddetto risk management».

In totale, secondo il governo, per le seimila assunzioni servono 329 milioni di euro. «Ma la stima è in eccesso - dice il ministro - poiché le regioni dovranno presentare il loro reale fabbisogno entro febbraio, e a quel punto i numeri potrebbero essere rimodulati sulla base delle esigenze effettive». Intanto, per fare fronte all'emergenza innescata dall' entrata in vigore della direttiva Ue che impone limiti precisi all' orario di lavoro dei medici, dal primo gennaio 2016 «le Regioni possono iniziare ad assumere con contratti flessibili e a marzo, sulla base dei fabbisogni, le Regioni indiranno i concorsi finalizzando il 50% dei posti per la stabilizzazione dei precari».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 33.213
Lettori Ed. II 2014: 378.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

17-DIC-2015
da pag. 46
foglio 1
www.datastampa.it

Il consiglio

L'Aids resta nemico mortale fate sempre sesso protetto

L'allarme

Le campagne del ministero della Salute sono scattate da giorni. Radio, televisioni e giornali invitano i cittadini che hanno in programma un check-up di completare le analisi con il test anti Hiv. Raccomandazione che diventa una regola in un periodo dell'anno in cui aumenta sensibilmente il numero delle persone che si recano fuori Italia. C'è chi pensa di trascorrere la vacanza con qualche «distrazione» sessuale. «A queste persone va ricordato che la migliore prevenzione contro l'infezione da Hiv è rappresentata ancora oggi dall'uso del profilattico – ricorda il professore Franco Faella – perché nel mondo il numero di pazienti colpiti da Hiv è di 37 milioni di persone, mentre quelle in cura sono circa 16 milioni». La trasmissione di questa malattia è ancora molto elevata tra coppie eterosessuali e nei rapporti uomo-uomo, me il vero problema è rappresentato da un numero sempre rilevante di persone che hanno rapporti eterosessuali in maniera libera e in questo modo contraggono l'infezione, problema di cui non si rendono conto per molto tempo.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-DIC-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

è vita
483
Giovedì, 17 dicembre 2015
vita@avvenire.it

Il caso

Firme & dietrofront Se anche parlarne diventa un problema

di Antonella Mariani

La questione è politica, dunque meglio mettere il silenziatore. Originale il modo in cui Valeria Fedeli, vicepresidente del Senato, martedì ha tentato di liquidare il dibattito pubblico, in realtà fecondo e importante, sulla gravidanza "conto terzi". In un'intervista al *Corriere della Sera* la parlamentare Pd non ha usato giri di parole: «È il momento di dire basta». All'utero in affitto? No, al dibattito. Perché c'è il rischio che il proficuo confronto tra cittadini, donne e uomini, su un argomento così delicato incida sul cammino del ddl Cirinnà sulle unioni civili, «nel momento in cui sta per arrivare in aula».

Insomma, il libero pensiero sulla pratica della maternità surrogata, che in molti ora chiedono sia vietata a livello internazionale, dovrebbe silenziarsi per non disturbare l'iter di una legge, quella che tra le altre cose prevede l'adozione del figlio del partner all'interno di una coppia omosessuale (possibilità che, almeno in teoria, potrebbe rivelarsi un grande incentivo al ricorso alla maternità surrogata, dunque all'utero in affitto, nei Paesi poveri).

Che l'atmosfera non sia serena lo dimostra anche la retromarcia della scrittrice Dacia Maraini: tra le primissime firmatarie (è la numero 6) del recente appello del network «Se non ora quando - Libere» «contro la pratica dell'utero in affitto», ieri sempre dalle colonne del *Corriere* confessava sommessamente di averci ripensato, di essere stata forse un po' affrettata ad aderire e di aver bisogno di ascoltare ancora «voci di donne e di uomini» per capire il confine tra la mercificazione del corpo femminile, la libertà di disporre di se stesse, e infine una forma di aiuto solidale verso chi non potrebbe diventare genitore in altro modo. Perfino la Madonna, scrive Maraini, che «ha concepito un figlio per conto terzi – cioè lo Spirito Santo – l'ha però donato, da accudire (...) al proprio compagno di vita».

Fortunatamente l'invito a silenziare il dibattito non può fermare le idee. L'appello di «Snoq-Libere» è arrivato a 338 firme (erano 60 all'inizio). Il contro-appello delle sorelle di «Se non ora quando-Factory» (in pratica, i comitati territoriali) ne ha 700. E nei giornali online, nei blog e sui social network continuano a circolare interventi, da Yasmine Ergas su pagina99.it a Ritanna Armeni (già intervistata da *Avvenire*) su ilLibraio.it, fino a Ricky Tognazzi (anche lui firmatario dell'appello di «Libere», anche lui già intervistato su queste colonne), su Today.it, dove spiega che con quella firma si è «beccato le ire di molte coppie omosessuali anche nostri amici». E poi su Facebook, dove sono molti i profili attivi sull'argomento. Un post su tutti, quello di Marina Terragni, giornalista e scrittrice femminista: «Troppi uomini lottano per difendere il diritto delle donne a mettere in vendita il proprio corpo, dalla prostituzione all'utero in affitto. È patriarcato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 31.963
Diffusione 10/2015: 22.971
Lettori Ed. II 2015: 479.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

17-DIC-2015
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

QUESTIONI DI CUORE PER I PIÙ GIOVANI SCATTA L'ALLARME

di NICOLA SIMONETTI

La Società italiana di cardiologia lancia l'allarme: il ciclone cuore malato si abbatte specialmente su giovani (1.000 morti improvvise l'anno; 3,5% dei deceduti per arresto cardiaco ha meno di 8 anni) e donne delle quali le malattie cardiovascolari sono il killer numero uno (una su 3 ne è colpita spesso seriamente ma la diagnosi non è tempestiva e la terapia non sempre adeguata) mentre si conferma che la prevenzione regala 10 anni di vita, che è necessario diffondere la localizzazione di defibrillatori e la conoscenza del loro uso e delle manovre rianimatorie da persone debitamente formate (ogni minuto che passa, senza ricevere alcun intervento dopo un arresto cardiaco improvviso, la sopravvivenza si riduce del 10%), che il rischio di infarto oggi è valutabile con semplice test genetico.

Per le aritmie ventricolari (70.000 morti/anno) l'analisi del DNA apre la strada alla diagnosi precoce nei parenti stretti della vittima, eventualmente affetti dalla stessa condizione, ed alla loro protezione grazie ad approccio personalizzato (stile di vita, uso tempestivo di alcune terapie).

Sul fronte delle nuove tecnologie, alternativa al defibrillatore tradizionale sono i defibrillatori "indossabili" in determinati pazienti ed i defibrillatori sottocutanei.

"Si impone – dice il prof. Fedele – uno screening elettrocardiografico nelle scuole per individuare eventuali danni e loro livello".

"Se si è giunti a ridurre la mortalità degli infarti dal 50 al 6% - dice il prof. E. Braunwald, studioso che ha più contribuito, negli ultimi anni, all'avanzata della cardiologia - non si riesce a far fronte adeguatamente a patologie come scompenso cardiaco, aritmie ventricolari (70.000 decessi/anno in Italia), valvulopatie (ne soffrono 1 milione di italiani)".

"Per queste ultime – dice il prof. Romeo, presidente cardiologi italiani – disponiamo di procedure di terapie transcatetere (un impianto di biovalvola per via percutanea eseguito, primo al mondo in giugno, da Romeo) ma, per i loro costi, la nostra Sanità li calmiera e imporrebbe al cardiologo di "scegliere" a quali malati, che non potrebbero superare l'intervento chirurgico (300.000), impiantare questi salvavita.

Le aritmie ventricolari originano – dice il prof. Matteo Di Biase (univ. Foggia e past president Soc. it. cardiologia) – da una "spina" nel cuore che può essere individuata e localizzata (mappaggio) e, quando possibile, eliminata (ablazione).

In cardiologia si affacciano gli anticorpi monoclonali (stimolano il sistema immunitario ad aggredire specificamente le cellule cattive) per combattere le placche aterosclerotiche, causa di infarto, ictus, ecc.

Capitolo tuttora aperto è quello dell'abnorme quantità e qualità dei grassi nel sangue per i quali nuovi farmaci si affacciano all'uso.

Preminente, però, il consiglio "Let's move for a better world": muoviamoci per un mondo migliore e per salvare, con il cuore, anche la nostra vita. Una morte (circa 6 milioni l'anno nel mondo) su 10 è dovuta ad inattività fisica, "piaga dilagante" tra la popolazione del mondo.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-DIC-2015
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

è vita
483
Giovedì, 17 dicembre 2015
vita@avvenire.it

Oggi il voto a Strasburgo

Sull'utero in affitto l'Europarlamento prova ad alzare la voce

GIOVANNI MARIA DEL RE

Nel Rapporto annuale sul rispetto dei diritti umani, documento con passaggi anche discutibili che va al voto oggi al Parlamento europeo, è stato incluso con un emendamento anche un paragrafo in cui si esprime una netta «condanna» della «maternità surrogata, che mina la dignità della donna». Ampio il fronte favorevole, ma liberali e sinistra estrema lavorano per fermarlo.

NELL'INSERTO È VITA

L'Europa prova a fermare l'utero in affitto

Ampio consenso al Parlamento di Strasburgo (ma con tentativi di sgambetto dell'ultima ora) per l'emendamento al Rapporto sui diritti umani che condanna l'utero in affitto. Oggi il voto in aula Nel testo anche gli ormai consueti aspetti controversi

di Giovanni Maria Del Re

Stop agli "uteri in affitto", che riducono la donna, il suo grembo e i bambini a una merce, con lo sfruttamento soprattutto delle donne vulnerabili nei Paesi in via di sviluppo. Se tutto andrà liscio, questo importante messaggio emergerà da un voto oggi in assemblea plenaria al Parlamento europeo, all'interno del Rapporto annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo – riferito al 2014 – e la politica dell'Unione Europea in materia, preparato dal popolare rumeno Cristian Dan Preda. Un documento non senza aspetti controversi, che però ha visto assorbire un emendamento dell'eurodeputato popolare slovacco Miroslav Mikolasik che segna un punto assolutamente importante, soprattutto a fronte della rapida diffusione della pratica della maternità surrogata, che sempre più attira critiche – ora anche di parte laica e femminista – nonché di vari esponenti omosessuali.

Il paragrafo in questione (il 114) afferma che il Parlamento europeo «condanna la pratica della maternità surrogata, che mina la dignità umana della donna, visto che il suo corpo e le sue funzioni riproduttive sono usate come una merce; considera che la pratica della maternità surrogata, che implica lo sfruttamento riproduttivo e l'uso del corpo umano per profitti finanziari o di altro tipo, in particolare il caso delle donne vulnerabili nei Paesi in via di sviluppo, debba esser vietato e trattato come questione di urgenza negli strumenti per i diritti umani» a disposizione dell'Ue nel dialogo con i Paesi terzi.

Il testo così emendato ha già ottenuto amplissima maggioranza in ben tre commissioni parlamentari. Anzitutto in quella che ha l'ultima parola in materia, e cioè gli Affari esteri, con 47 sì, 4 no e 4 astenuti. E così anche nelle altre due commissioni consultate:

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-DIC-2015
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Sviluppo (22 sì, un no e un astenuto), e Diritti della donna e parità di genere (23 sì, 6 no e nessun astenuto). Quanto basta per poter sperare in un'approvazione senza sorprese oggi in plenaria, anche se alcuni gruppi (soprattutto Liberali e Sinistra) hanno votato sì al documento nel suo complesso pur non condividendo l'emendamento sulle madri in affitto. Peraltro è stato invece bocciato in sede di commissione parlamentare un altro emendamento (firmato sempre da Mikolasik) che pure sembrava la logica conseguenza (si chiedevano «chiari princìpi e strumenti legali internazionali per l'affrontare le questioni relative alla maternità surrogata allo scopo di prevenire l'abuso di diritti umani come lo sfruttamento delle donne e il traffico di essere umani, e la protezione di diritti, interessi e benessere dei bambini»).

Che però alcuni gruppi storcano il naso e sperino di poter riuscire a stralciare l'emendamento all'ultimo secondo in sede di plenaria è dimostrato dal fatto che il gruppo dei Liberali ha chiesto un voto separato specificamente su questo paragrafo. E i Conservatori, che pure sono favorevoli, hanno chiesto di spezzare in due tronconi il paragrafo – uno relativo alla condanna generale, l'altro alla questione specifica delle donne nei Paesi poveri – e i relativi voti. Fonti parlamentari ieri confermavano fiducia che alla fine l'emendamento sull'utero in affitto passerà, ma sorprese al Parlamento europeo sono sempre possibili.

Già nel 2011, del resto, i Popolari erano riusciti a far passare un emendamento sulla maternità surrogata sempre nell'ambito del rapporto annuale sui diritti umani nel mondo, ma in tutt'altro clima culturale (pareva che la questione non toccasse così da vicino anche l'Europa) e senza che nel testo si facesse menzione di condanne, limitandosi a parlare di «grave problema della maternità surrogata» e affermando che donne e bambini non possono essere «considerati merci sul mercato internazionale della riproduzione». Da allora il fenomeno non ha fatto che estendersi.

Oltre alla condanna della surrogazione di maternità, il documento al voto oggi ribadisce alcuni concetti assai controversi che però erano già entrati nel rapporto annuale dello scorso anno (relatore Pier Antonio Panzeri, Pd) suscitando grande clamore dopo il contestato varo del documento nel suo insieme. Tra questi, l'ampio uso del concetto di «identità di genere», l'incoraggiamento agli Stati membri perché garantiscano alle persone omosessuali «l'accesso a istituti legali, possibilmente attraverso unioni registrate o matrimoni», e la richiesta di assicurare il «facile acceso all'aborto sicuro» nel quadro della pianificazione familiare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-DIC-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

è vita
483
Giovedì, 17 dicembre 2015
vita@avvenire.it

Senza ideologie, riaffiora la donna

Contromano

La breccia che si è aperta anche in Italia nel femminismo può permettere di comprendere alcune deformazioni culturali sulla maternità e il corpo delle donne, smascherando strutture imposte da sistemi di pensiero

di Paola Ricci Sindoni

Finalmente anche da noi – come ormai in molte nazioni – si è aperta una crepa nel mondo compatto del femminismo occidentale. Finalmente le donne, dopo il bagno corrosivo della lettura decostruzionista, cominciano a volersi riappropriare del proprio corpo, colto come parte integrante dell'identità. Non sarà un percorso facile, ma è già iniziata la messa in crisi di quel linguaggio performativo che ha visto mutare di segno linguistico l'orizzonte materno: il bambino è diventato *feto*, la donna incinta un *sistema uterino di approvvigionamento*, l'utero in affitto trasformato nella più garbata *maternità surrogata*, quasi a voler recidere le parole della relazione tra madre e figlio, in nome di una ipertestualizzazione della realtà e di una decostruzione della categoria dell'ordine naturale dei sessi.

L'utero in affitto, in particolare, sembra rappresentare l'avvenuta decorporeizzazione della soggettività femminile, dal momento che il corpo della donna, secondo Judith Butler, non è che un mero epifenomeno delle degenerazioni linguistiche operate dal biopotere politico e sociale e, dunque, da scomporre nelle sue parti, privando di ogni ipotesi di senso e di verità il dato della natura. Come è noto, infatti, quest'ultima, avendo perduto il suo statuto di *matrix*, ossia come grembo produttore di vita e come "luogo" della nascita alla carne, come "origine" genealogico della catena generazionale, non è, sempre secondo Butler, che un ideologema, parola da disfare e da separare da qualsiasi contesto relazionale. La donna dunque – continua l'ideologa americana – va definita come «un fantasma dietro una voce completamente priva di suono», e l'eventuale presenza di un "tu" o di un "noi" semplici epifenomeni di una *performance*, di un "discorso" senza voce.

Se, dunque, il corpo è un prodotto del discorso e il feto una produzione sociale da gestire politicamente, va da sé che il corpo si separa dalla mente, dando l'impressione che l'estrema teoreticizzazione della questione femminile abbia finito col perdere di vista la realtà del senso comune e di produrre un modello culturale che ha sfinito (nel senso di far finire) il senso della gravidanza e con essa il significato della soggettività femminile.

Butler e compagne, infatti, sembrano dimenticare la ricca gamma delle autopercezioni del proprio corpo, attraverso le quali – come rende evidente l'esperienza comune – si vive nella differenza tra il "dentro" e il "fuori" attraverso la gestione della propria vita interiore che il corpo rimanda all'esterno. Ancora più evidente nella donna gestante la comparsa della differenza all'interno della propria vita fisica tramite la presenza del bambino esprime sensibilmente che la vita "altra" si fa strada al suo interno in un'esperienza unica e irripetibile.

L'utero in affitto, prodotto tecnogeno ed espressione drammatica dell'ipertestualizzazione del corpo femminile, rappresenta la punta estrema della strumentalizzazione delle donne in difficoltà ma anche ormai la figura sconsolante del nichilismo postmoderno che ci avvolge. Non è forse giunto il momento di ridire come la sfera del sensibile possa e debba restituirci la dimensione dell'affiorare della carne nel pensiero e nell'esperienza della donna in gravidanza? Che, come ci dice il linguaggio comune, è in «stato interessante», nel senso proprio del termine, stato cioè di "inter- esse", di vita relazionale, quella che attraverso il linguaggio del corpo (e non dell'utero) esprime la complicità segreta di due esistenze che reciprocamente si incontrano: un bambino e la sua mamma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-DIC-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

è vita
483
Giovedì, 17 dicembre 2015
vita@avvenire.it

La storia

«Abortisci» E la surrogata si ribella

di Valentina Fizzotti

Brittneyrose Torres ha 26 anni e vive in California con il marito e il figlio. La sua pancia è stata affittata a pagamento (per 25 mila dollari, più 5mila per eventuali fratelli) e ora dentro, da 17 settimane, ci sono tre bambini, una femmina e due gemelli maschi. I genitori biologici dei due ovociti impiantati, però, dopo l'iniziale entusiasmo sono stati chiari: la femmina va abortita, nel timore di «potenziali rischi per gli altri due». Secondo i medici, rischi non ce ne sono, e Brittneyrose aveva chiarito sin dall'inizio che non avrebbe mai preso in considerazione l'aborto, salvo in caso di pericolo di vita. Si è offerta di adottare la bimba («per me abortire equivale a ucciderla»), ma la coppia non vuole concederglielo.

La donna ha deciso di raccontare la sua storia dopo aver letto quella di Melissa Cook, 47enne californiana madre di quattro bambini che per 33mila dollari sta portando in grembo i tre figli di un uomo della Georgia e di una donatrice ventenne di ovociti: lui le ha chiesto di abortire uno dei tre figli, lei ha detto che non ci pensa nemmeno («Sono legata a quei bambini, sono esseri umani»), lui ha minacciato di rovinarla. Non potendosi pagare un avvocato – la coppia ha bloccato i pagamenti –, per avere un aiuto legale Brittneyrose si è rivolta al Center for Bioethics and Culture (Cbc), un'organizzazione guidata dall'attivista e film-maker Jennifer Lahl, che si occupa di sbugiardare le ipocrisie di un'industria della fertilità capace di macinare milioni di dollari sulla pelle delle donne più povere e ignoranti a favore di ricchi aspiranti genitori. Lì ha scoperto, nella scontata logica della mercificazione di un corpo prestato per professione, che nei contratti di maternità surrogata l'aborto è una clausola fissa, perché la donna è una dipendente alla mercé dei suoi datori di lavoro. Lei, che si è convinta a fare da surrogata leggendo su Facebook il triste racconto della sorella dell'aspirante madre biologica, oggi parla e manda foto del suo pancione ai giornali americani perché non vuole «che altre donne debbano passare la stessa cosa». Secondo l'American Society for Reproductive Medicine, le nascite da madri surrogate negli Usa sono aumentate del 160% dal 2004 al 2013. L'utero in affitto è legale in otto Stati, in quattro è proibito affittarlo per lucro e a Washington Dc è fuorilegge: in tutti gli altri vige una zona grigia in cui è permesso, ma con alcuni limiti. Diane Hinson, fondatrice dell'agenzia specializzata Creative Family Connections, ha spiegato alla stampa che però «molti Stati sono propensi a modificare la normativa come risultato della sentenza della Corte Suprema che ha legalizzato il matrimonio gay in tutto il Paese».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media