

**La denuncia**

“Al San Camillo per abortire  
ma il giorno dopo  
ho trovato il feto negli slip”

FEDERICA ANGELI  
A PAGINA IX

# “Sono andata al San Camillo per abortire il giorno dopo avevo il feto negli slip”

*Denuncia choc di una 24enne. Inchiesta della procura*

**Il direttore generale Morrone “Può accadere che restino frammenti nel collo dell’utero”**

FEDERICA ANGELI

**T**ORNA a casa dopo un aborto e trova negli slip il feto. La storia è di quelle che fanno accapponare la pelle. Soprattutto se a viverla è una ragazza di appena 24 anni che ha deciso di abortire dopo che il suo ginecologo le aveva diagnosticato una gravissima patologia del figlioletto. Così la giovane, il 24 gennaio scorso, alla dodicesima settimana di gravidanza è andata al San Camillo - il centro di riferimento regionale che opera 3000 aborti l'anno - e si è sottoposta all'intervento. «Dopo il trattamento chirurgico per l'interruzione di gravidanza - è scritto nella denuncia presentata dal suo legale, Nicola Polisini, in procura - a seguito di ecografia di controllo venivo dimessa».

La notte però ha forti dolori all'addome e la mattina dopo si accorge di aver espulso il feto di 6 centimetri (questa la grandezza al terzo mese di gestazione, ndr) che ritrova negli slip. «La mia assistita - ha spiegato l'avvocato Polisini - ha visto proprio le braccine e gli arti inferiori del feto. Si può immaginare il trauma, tanto più che l'aborto è stato un passo obbligatorio per lei». Dopo essere svenuta per lo

shock la giovane viene portata dal compagno all'ospedale San Giovanni: lì lei consegna il barattolo con dentro il feto e viene ricoverata per ulteriori accertamenti. Decide di non sottoporsi ad un ulteriore intervento di raschiamento per la paura di finire di nuovo sotto i ferri. E, qualche giorno dopo, finisce in un terzo ospedale, il Vannini, per sottoporsi a un trattamento psichiatrico dopo aver trascorso cinque notti insonni.

Ora la procura di Roma sulla vicenda ha aperto un fascicolo e ha già sequestrato le cartelle cliniche degli ospedali in cui lei è stata. «Umanamente siamo vicini alla giovane donna - ha spiegato il direttore generale del San Camillo, Aldo Morrone - purtroppo può accadere che restino frammenti di feto nel collo dell'utero. So che questo le ha provocato un grandissimo stress, tuttavia l'importante è che a livello clinico non abbia avuto nessuna conseguenza. Ricordo quanto sia importante sottoporsi alla visita che l'ospedale fissa a distanza di una settimana da un aborto e che spesso le donne rifiutano di fare». Nessuna negligenza, dunque. Anche perché, sottolinea il primario di ostetricia e ginecologia del San Camillo, Claudio Donadio: «dall'ecografia non risultava il feto in utero. Forse potrebbe essersi collocato nel collo. Succede. Per questo chiediamo sempre di rimanere una notte in ospedale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le tappe**

**L'ABORTO**  
Il 24 gennaio scorso la ragazza, 24 anni, al terzo mese di gravidanza ha abortito all'ospedale San Camillo

**IL FETO NEGLI SLIP**  
La mattina dopo l'intervento di interruzione di gravidanza ha trovato negli slip il feto di 6 centimetri

**NUOVO RICOVERO**  
Sotto shock la ragazza è andata al San Giovanni dove i medici l'hanno ricoverata e sequestrato il feto

**IL TRAUMA**  
La giovane è stata ora sottoposta a una terapia psichiatrica: il trauma le ha tolto il sonno e la serenità



Davide Sfragano

**La più letta**

## È caccia senza sosta al sorbitolo killer

Dalle cliniche agli alimenti, in tutta Italia è l'allerta per il "sorbitolo killer", la sostanza che ha causato la morte di una donna a Barletta e l'intossicazione di altre due. Il sorbitolo era stato acquistato da un medico della clinica privata "Spinazzola" su eBay, e somministrato per i test allergici a 3 donne. Teresa Sunna, di 29 anni, ha accusato un malore dopo il test, ed è morta, le altre due donne, Anna Abbrescia, 32 anni, e Addolorata Piazzolla, 62, sono state ricoverate nell'ospedale "Dimiccoli" di Barletta, e sono fuori pericolo. I Nas hanno scoperto che il sorbitolo acquistato non era di origine

mo momento, ma è stato prodotto dalla multinazionale Cargill nella sede italiana di Castelmasa. Di più: il sorbitolo, come dolcificante finisce in decine di alimenti confezionati, dai biscotti ai succhi di frutta, ai chewing-gum (nella lista degli ingredienti ha la sigla E 420). Nel momento in cui scriviamo queste righe i Nas hanno sequestrato alcuni lotti di prodotto nella ditta veneta e in un'altra ditta Mantova (di cui non è noto il nome, finora), per un totale di 1.000 tonnellate. I campioni sono stati portati per essere analizzati all'Arpa del Veneto. Secondo il [ministro della Salute](#), Balduzzi, la causa della tragedia sarebbe legata all'utilizzo improprio di

sorbitolo industriale venduto (probabilmente su eBay) come alimentare. Ragione che ha spinto eBay a sospendere la vendita in tutto il mondo per precauzione.

Resta, per ora, l'ipotesi inquietante che il sorbitolo sia stato contaminato da nitrati, sostanze che in-

terferiscono con il trasporto di ossigeno da parte dell'emoglobina e possono causare avvelenamento. Intanto, a Barletta, sono scattati tre avvisi di garanzia per omicidio colposo, cooperazione in omicidio colposo e lesioni gravi. Tra gli indagati c'è il titolare della struttura dove è avvenuta la tragedia, Ruggero Spinazzola, di 64 anni.

## Vaccini, parte il nuovo piano nazionale valido in ogni REGIONE

Valentina Corvino

**P**rova d'appello per la campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus che, partita nel 2007, non ha riscosso l'atteso boom di adesioni: ci si riprova inserendola nel nuovo **Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnpv) 2012-2014** approvato il 22 febbraio dalla Conferenza Stato-Regioni e pubblicato il 12 marzo in Gazzetta Ufficiale. Entrano nel Piano anche l'antipneumococco e l'antimeningococco (ossia i vaccini contro gli agenti patogeni responsabili di forme severe di polmonite e meningite): saranno offerti gratuitamente in tutte le regioni. E fa il suo ingresso ufficiale nel Piano anche la vaccinazione universale contro la varicella, ma solo dal 2015: serve, concordano gli estensori del Pnpv, "un maggior approfondimento" dal momento che a oggi i livelli di performance vaccinale "non sono uniformemente garantiti dalle Regioni".

A **7 anni** dalle ultime modifiche, il Piano corregge le prescrizioni in tema di vaccinazioni e si propone di potenziare la copertura nei soggetti più a rischio (anziani, bambini, malati), di garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie

per la popolazione, superando le differenze territoriali, e di sensibilizzare la popolazione sull'importanza della prevenzione vaccinale.

Cosa cambia con il nuovo Piano? Come si è detto, il vaccino contro l'**Hpv** (l'Human papilloma virus, responsabile tra l'altro del tumore al collo dell'utero) entra nel Piano con uno **stanziamento specifico** e perciò potrà essere somministrato gratuitamente a tutte le undicenni da tutte le Regioni. I vaccini contro il meningococco (a partire dal 13° mese d'età) e il pneumococco (a partire dal 3° mese), finora previsti da molte Regioni ma non da tutte, sono inseriti nel calendario vaccinale allegato al Piano e fortemente raccomandati: tutte le Regioni, vale a dire, li offriranno gratuitamente e attivamente. Infine il vaccino contro la varicella: inserito attualmente nei programmi vaccinali pilota di Basilicata, Calabria, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto, e della Provincia autonoma di Bolzano, dal 2015 sarà somministrato da tutte le Regioni.

Il nuovo Piano non cambia la divisione delle vaccinazioni in **obbligatorie** e raccomandate: del primo gruppo fanno parte quelle contro epatite B, tetano, dif-

terite e poliomielite. Restano solo **raccomandati** i vaccini per pertosse, morbillo, rosolia e parotite, l'antipneumococcico coniugato, l'antimeningococco C, il vaccino contro l'Hpv e quello contro l'influenza.

"Vaccinarsi deve essere un diritto non un obbligo", spiega **Michele Conversano**, presidente designato della Società italiana d'igiene: "Il Servizio sanitario nazionale deve offrire questa opportunità e deve avere maggiore capacità persuasiva". Tra l'altro, dice, non ci sono più dubbi sulla validità scientifica delle vaccinazioni e sulla loro sicurezza: "È ormai dimostrato che il vaccino ha eliminato malattie come il vaiolo e ha ridotto drasticamente altre".

Ma la vera novità del Piano è che i vaccini entrano nei **Livelli essenziali di assistenza (Lea)**. Vale a dire che dovranno essere superate le differenze tra Regione e Regione. E che tutti i bambini avranno diritto alle stesse vaccinazioni, indipendentemente dal luogo in cui vivono. È importante sottolineare che questo documento non è una "legge" ma uno "strumento tecnico". Costituisce tuttavia un in-



sieme di indicazioni alle quali le **sanità regionali** dovranno attenersi. Finora, l'autonomia amministrativa ha fatto sì che le Regioni adottassero propri calendari vaccinali,

in qualche caso anche inadeguati, generando disparità di trattamento (e molta confusione nelle famiglie). Ora il nuovo Piano impegna le Regioni a omolo-

garsi concedendo a ognuna 90 giorni per presentare un progetto di "avvicinamento" agli obiettivi minimi.

**Non cambia la divisione tra obbligatori e facoltativi. La novità è l'inserimento nei Lea: tutti i bambini avranno gli stessi diritti senza differenze geografiche**



## Fecondazione assistita In Italia la Legge 40 fa ancora paura

Ufficialmente ogni anno circa 4mila coppie scelgono di andare all'estero. Ma le stime indicano almeno il doppio. Spagna, Austria Repubblica Ceca, Svizzera e Ungheria le mete più ambite

**JOLANDA BUFALINI**  
ROMA

**L**e coppie che hanno problemi ad avere figli continuano a emigrare per ottenere trattamenti di fecondazione assistita, nonostante le sentenze della Corte Costituzionale che nel 2009 hanno molto alleggerito le durezze della Legge 40. Quasi la metà delle coppie censite (4mila) va in Spagna, Repubblica Ceca, Svizzera, Austria o Ungheria per sottoporsi a trattamenti di fecondazione omologa (spermatozoi e ovociti della coppia) che potrebbe fare in Italia.

Andrea Borini, presidente dell'Osservatorio, spiega che spesso la causa di queste trasferte è da ricercarsi «nell'ignoranza che ancora circonda le norme sulla procreazione assistita in Italia». Molte coppie, per esempio, vanno all'estero per la diagnosi prenatale. Non è vietata in Italia ma era di fatto inutile quando non c'era la possibilità di congelare gli embrioni.

La Consulta ha posto rimedio a questa situazione stabilendo che sulle metodologie i medici «agiscono in scienza e coscienza», nei centri certificati c'è dunque la possibilità del congelamento degli embrioni ma per molte coppie la scelta si basa sul passaparola o sulla pubblicità in italiano dei siti, d'altra parte, gli stessi ginecologi sono poco informati, con conseguenze che possono presentare dei rischi perché spesso la meta è scelta in base alla vicinanza (Austria, Svizzera), alla possibilità di trovare personale che parli italiano, piuttosto che agli effettivi riconoscimenti scientifici ottenuti

dall'istituto. C'è poi una difficoltà oggettiva nel valutare i risultati dei singoli centri. Alcuni, ad esempio, vantano un'alta percentuale di successi ma poi si scopre che respingono i casi più difficili e questo falsava le statistiche.

Per Carlo Flamigni c'è innanzi tutto un problema di «proteggere queste persone nei loro diritti» e usa un neologismo per spiegarsi: «All'estero c'è più trionfismo che in Italia», cioè i «medici sono trionfi e non rispondono alle domande e ai dubbi di chi si rivolge loro, limitando la libertà di scelta», in un settore molto delicato. Nella fecondazione eterologa, ad esempio, dice Flamigni, «in Spagna arrivano, per motivi economici, donne dall'Argentina e dalla Russia ed è più difficile conoscere la storia medica di queste persone e la possibilità di malattie ereditarie come il diabete». In Francia, nel caso degli embrioni congelati, «si prevede la verifica dell'Aids ma in molti altri paesi non si fa questo accertamento».

**Da rilevare c'è** anche che la gran parte dei centri interpellati, soprattutto fra quelli che hanno molti clienti italiani, ha deciso di non rispondere alle domande dell'Osservatorio. Cosa che, oltre a mettere in luce la concorrenza nel settore, fa supporre che le coppie che vanno all'estero siano almeno il doppio, 16mila persone.

Il turismo procreativo ha un altro settore di grande delicatezza, quello dell'utero in affitto, vietato dalla legislazione italiana. Spiega Andrea Borini, che ha lavorato a lungo in Ca-

lifornia: «Negli Stati Uniti sono i medici a prescriverlo quando una donna non è in condizioni fisiche di portare avanti la gravidanza. E lì i protocolli sono molto chiari e precisi». Vi sono paesi la cui legislazione permette la gravidanza per interposta

persona che ammettono anche coppie o single che vengono da paesi dove la legge non lo consente, altri paesi che non li ammettono ma il divieto è facilmente aggirabile.

L'Osservatorio per la prima volta ha tentato quest'anno un'indagine quantitativa sull'utero in affitto. Il flusso degli italiani che partono per questa ragione è stato più volte stimato in un centinaio l'anno. La ricerca presentata ieri si basa su 33 centri o agenzie contattati in 7 paesi, Stati Uniti, Ucraina, Armenia, Georgia, Grecia, Russia, India. Non tutti hanno risposto, oppure lo hanno fatto senza dare cifre, come un centro Usa: «Abbiamo notato un aumento del 100% di coppie e single provenienti dall'Italia». Sulla base delle risposte pervenute almeno 32 coppie hanno fatto richiesta della maternità surrogata, 18 in Russia, 9 in Ucraina, 5 in Georgia e Armenia. La delicatezza del tema sta anche nel fatto che ci sono paesi come l'India dove la diffusione dell'utero in affitto è legato a condizioni di estrema povertà. Carlo Flamigni: «Ci sono modi migliori di regolare queste situazioni, invece dell'affitto c'è la donazione che è un atto d'amore di una sorella o di una parente stretta». ♦

## I numeri

### Sempre più italiani optano per il turismo procreativo

**90** Sono i centri esteri contattati per l'indagine dell'Osservatorio «turismo procreativo».

**39** sono invece quelli che hanno dato una risposta. Molto spesso gli istituti per questione di privacy e affari preferiscono non rispondere.

**4000** il numero verificato delle coppie italiane che si sono recate con all'estero per la procreazione assistita.

**8000** almeno il numero presunto, poiché più della metà dei centri non ha ritenuto di rispondere all'indagine.

**1989** fra quelli censiti, il numero dei trattamenti eterologhi. 950 in Spagna, 630 in Svizzera, 204 in Repubblica Ceca, 110 in Belgio, 60 in Grecia, 12 in Austria, 11 in Gran Bretagna, 5 in Danimarca, 5 in Ungheria, 2 in Russia.

**1956** il numero dei trattamenti omologhi che si potrebbero anche fare in Italia.

# Un anno per chiudere i manicomi criminali

IL NOME CORRETTO È OSPEDALI  
PSICHIATRICI CRIMINALI,  
MA IL DOLORE CHE HANNO DENTRO  
È LO STESSO. ENTRO IL 31 MARZO  
2013 DOVRANNO CAMBIARE COSÌ.

A CURA DI ANNACHIARA VALLE

Un anno per realizzare le strutture che sostituiranno gli attuali Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg). Dal prossimo 31 marzo saranno chiari i requisiti «strutturali, tecnologici e organizzativi» dei 40 nuovi complessi che dovranno accogliere gli internati degli Opg. Affidati alla sanità regionale, con una protezione esterna affidata alla Polizia penitenziaria, dovranno essere pronti per il 31 marzo 2013. E quanti saranno considerati socialmente non pericolosi saranno presi in carico dai dipartimenti di salute mentale. Una data storica che permette di superare quella che in tanti hanno definito «una vera vergogna».

«Non dobbiamo perdere, però, l'occasione di pensare anche a una mediazione penale», sottolinea don **Daniele Simonazzi**, cappellano dell'Opg di Reggio Emilia. «Si tratta di persone che si sono rese responsabili di fatti anche gravi. Non possiamo dimenticare chi ha

subito violenza». Don Simonazzi è convinto che «una svolta bisognasse darla. La Commissione ha riscontrato condizioni penose. Anche se non bisogna confondere le strutture con gli operatori che ci lavorano: persone preparate e sensibili che, spesso, suppliscono alle carenze degli istituti. Lo stesso va detto degli agenti di Polizia penitenziaria, persone molto attente nonostante le difficoltà».

**Le strutture che sostituiranno gli attuali Opg saranno più piccole e disperse sul territorio nazionale** per avvicinare il più possibile i ricoverati alle famiglie. A far da modello l'istituto di Castiglione delle Stiviere, l'unico promosso all'esame della Commissione: «Una scelta di civiltà, anche se per me, da cappellano, è sempre una comunità che si smembra». Inoltre, conclude monsignor **Andrea Manto**, direttore dell'Ufficio Cei di pastorale della sanità, «dobbiamo stare attenti a che nel tentativo di risolvere criticità esistenti – perché gli Opg non sono tutti uguali – non se ne generino altre più gravi. Per questo è importante che lavorino insieme le realtà territoriali che si occupano di salute mentale e la comunità cristiana».



I MINISTRI DELLA GIUSTIZIA  
PAOLA SEVERINO E DELLA  
SALUTE **RENATO BALDUZZI**.



**180** mila euro

il costo totale delle strutture  
che sostituiranno gli Opg



**1.264**  
gli internati  
al 31 gennaio 2012  
1.178 uomini e 86 donne

**6** gli ospedali  
psichiatrici giudiziari al momento in Italia

**40** le nuove strutture  
37 per gli uomini, 3 per le donne



**MARINO: «MAI PIÙ DIGNITÀ NEGATA»**

«Per il nostro Paese è un passo storico». Il senatore **Ignazio Marino**, presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, che ha fortemente voluto la chiusura degli Opg, è convinto che si metta fine a una pagina vergognosa: «La prima volta che siamo entrati a sorpresa in un Opg, con la Commissione», racconta, «abbiamo trovato un uomo nudo, legato a un letto di ferro con un buco al centro per far defluire gli escrementi. Era in quella

condizione da cinque giorni. Ancora oggi quell'immagine mi accompagna. Non è possibile che ci siano esseri umani ridotti in queste condizioni». Lo stesso Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa, ricorda il senatore, «aveva evidenziato l'inumanità e degrado di alcuni istituti. Senza contare che il 40 per cento dei ricoverati non è più ritenuto socialmente pericoloso. Ci sono persone che sarebbero dovute uscire già anni fa e sono ancora internate».

Ma il problema non è solo di chi potrà uscire. «**Per tutti è fondamentale il rispetto della dignità, quale che sia il reato commesso**, queste persone non possono vivere in condizioni disumane, senza riscaldamento, con le finestre rotte, con gli impianti elettrici precari, legate ai letti. Quando saranno dimessi, ad accoglierli saranno strutture sanitarie e primaria sarà l'attenzione alla riabilitazione».



**A DESTRA:  
IL SENATORE  
DEL PD  
IGNAZIO  
MARINO.**



**Sanità Usa.** Tutti i dubbi dell'Alta corte

# L'«Obamacare» ora è più fragile

**SENTENZA ENTRO GIUGNO**

I giudici conservatori hanno fatto intendere di ritenere anticostituzionale il cuore della legge, ma in tre mesi lo scenario potrebbe cambiare

**Mario Platero**

NEW YORK. Dal nostro corrispondente

■ La terza e ultima seduta di ieri della Corte Suprema per discutere della riforma sanitaria di Barack Obama si è chiusa con alcune domande che dovrebbero far scendere un brivido lungo la schiena dell'amministrazione e dei democratici: «Mi chiedo com'è possibile mantenere la validità di una legge quando la si priva della sua componente centrale», si è domandato il giudice Antonin Scalia, uno dei più conservatori in questa Corte Suprema formata da 9 giudici, che già martedì aveva fatto capire di non considerare costituzionale la direttiva che imponeva una multa a tutti coloro che non avessero sottoscritto la polizza assicurativa sanitaria prevista dall'Obamacare.

L'interpretazione è semplice: se la multa (o la tassa) sarà considerata anticostituzionale, l'intero progetto di legge e non solo quella componente dovrà essere abrogato. E il fatto che Scalia e un paio di altri giudici conservatori abbiano fatto domande alquanto aggressive lascia presumere che la maggioranza dei cinque giudici conservatori accoglierà il ricorso contro l'Obamacare. Oggi dunque sulla carta c'è una vittoria dei 26 stati che hanno fatto ricorso. Ma la sentenza finale ci sarà a giugno. E visto che si tratta di uno dei più complessi e potenzialmente esplosivi casi e degli ultimi decenni, anche sul piano sociale e politico, chissà che non ci

sia poi un colpo di scena, il passaggio di uno dei giudici della destra all'altro campo ad esempio.

Intanto però i fatti non sono incoraggianti per il futuro dei 47 milioni di americani che avrebbero dovuto avere l'assicurazione garantita (a loro spese ovviamente). Lunedì si discuteva dell'opportunità di avviare questo processo visto che una legge del 1867 impedisce di far ricorso contro una tassa prima che questa sia stata imposta e incassata. La tesi dell'amministrazione è che la penale contro chi non sottoscrive la tassa non è una multa, ma una tassa. «Non ho visto da nessuna parte nel progetto di legge la menzione del termine tassa, si è sempre parlato di multa, dunque dovremmo dedurre che non si tratta di una tassa». Posizione questa condivisa da Scalia e da Sam Alito. Il primo ostacolo dunque, la validità del processo su una base tecnica, sembra superato per i 26 stati.

Il secondo punto riguardava la costituzionalità di un ordine che di fatto imponeva ai cittadini di sottoscrivere una polizza, imponeva dunque di sottoscrivere una transazione commerciale, cosa che potrebbe essere considerata anticostituzionale: «Se approviamo questa, domani potremmo chiedere di comprare broccoli al mercato», ha osservato sarcastico Scalia martedì. Se questa parte della legge, centrale perché rende coercitiva la sottoscrizione di una polizza di assicurazione, dovesse decadere, rischia di decadere l'intero progetto. Gli esperti ritengono che la maggioranza a favore dell'abrogazione sia a portata di mano. Con conseguenze straordinarie sul piano politico, elettorale, e giuridico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Studi e ricerche mediche, adempimenti privacy snelli

**Il garante privacy semplifica gli adempimenti per l'effettuazione di studi e ricerche in campo medico, biomedico ed epidemiologico senza diminuire il livello di tutela per i pazienti. L'Autorità ha emanato l'autorizzazione generale (pubblicata sulla G.U. n. 85 del 26 marzo 2012) che consente a università, enti di ricerca, organismi sanitari, società scientifiche, che intendano svolgere studi e ricerche su particolari patologie e terapie o sull'efficacia di determinati farmaci, di trattare dati sanitari dei pazienti senza il loro consenso nei casi in cui non sia possibile fornire l'informativa prevista per legge. Scopo dell'autorizzazione, oltre a quello di semplificare gli obblighi, anche quello di fornire un quadro sistematico di regole armonizzando le prescrizioni già impartite nei singoli provvedimenti di autorizzazione già rilasciati caso per caso. Gli organismi che intendono condurre ricerche a carattere medico scientifico potranno essere esonerati dall'obbligo di raccogliere il consenso informato dei pazienti per «motivi etici» e per «motivi di impossibilità organizzativa»: quando cioè, ed è il primo caso, fornire dettagli sulla ricerca comporterebbe la rivelazione di notizie sullo studio che potrebbero arrecare danno materiale o psicologico agli interessati (per esempio, nei casi in cui l'interessato ignori la propria condizione); oppure quando risulta impossibile contattare, per informarli, tutti i soggetti che si intende coinvolgere nella ricerca (per esempio, in casi di patologia con elevata incidenza di mortalità o in casi di studi che riguardino dati risalenti molto in dietro nel tempo). In quest'ultimo caso, rimane comunque confermato l'obbligo di acquisire il consenso dei pazienti che risultino reperibili. L'autorizzazione obbliga chi effettua gli studi in questione ad adottare specifiche misure per non rendere i dati trattati e i campioni biologici direttamente riconducibili ai pazienti (adozione di tecniche crittografiche, uso di codici identificativi univoci). La sicurezza dei dati e dei campioni biologici dovrà essere assicurata in ogni fase della ricerca, adottando opportuni accorgimenti che garantiscano da rischi di accesso abusivo, furto o smarrimento (per esempio, applicando tecnologie crittografiche o misure di protezione che li rendano inintelligibili a personale non autorizzato). Dovranno essere previsti sistemi di autenticazione per gli incaricati che tratteranno i dati e procedure di tracciamento degli accessi ai data base. Analoghe cautele dovranno essere utilizzate nella trasmissione elettronica dei dati al promotore della ricerca o al data base centralizzato in cui sono memorizzati e archiviati.**



### ▼ Procreazione: pronti i requisiti minimi dei centri

Paletti alle strutture, più controlli e tracciabilità di gameti ed embrioni affidata al Centro nazionale trapianti. Il Governo stringe sulla fecondazione assistita. (Servizi a pag. 7)

All'esame della Conferenza Stato-Regioni lo schema sui requisiti minimi delle strutture

# Procreazione, paletti ai centri

Codice unico per gameti ed embrioni: i dati al Centro nazionale trapianti

Un codice identificativo unico che serva a mettere in relazione gameti, zigoti ed embrioni con il singolo o con la coppia. E regole stringenti su qualità, locali, conservazione e lavorazione delle cellule umane. Arriverà presto all'esame della Conferenza Stato-Regioni uno schema di accordo sui «requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici» dei centri che si occupano di procreazione assistita. Il testo viaggia sulla stessa lunghezza d'onda di una bozza di Dlgs varata da Palazzo Chigi e inviata al parere delle commissioni parlamentari, che sdoppia le competenze in materia di raccolta dati: all'Istituto superiore di Sanità resta il Registro nazionale Pma con i dati epidemiologici aggregati; al Centro nazionale trapianti vanno tutte le informazioni per «tracciare» gameti ed embrioni.

La procreazione assistita torna al centro dell'interesse del Governo, che rimette in pista il lavoro del vecchio Esecutivo. A partire proprio dallo schema sui requisiti minimi dei centri, identi-

co a quello allegato alle nuove linee guida messe a punto dai tecnici dell'ex sottosegretario **Eugenia Roccella** e inviate in extremis a novembre dall'allora ministro **Ferruccio Fazio** al Consiglio superiore di Sanità (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 44/2011). Il parere del Ccs è arrivato il 21 febbraio; il 7 marzo il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, ha trasmesso il testo alla Conferenza Stato-Regioni recependo una delle due osservazioni. E se il Veneto, coordinatore della Commissione salute, darà il suo assenso, potrà andare direttamente al vaglio dei governatori.

La bozza attua l'articolo 6 del Dlgs 191/2007, che recependo la direttiva 2004/23/Ce sulla qualità e la sicurezza «per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani», affida proprio a un accordo Stato-Regioni la definizione dei requisiti minimi, che varranno come linee guida per

l'accreditamento. Le raccomandazioni disciplinano ogni aspetto delle strutture, dalle qualifiche minime del responsabile alla gestione della qualità. E si occupano anche degli embrioni congelati, confermando l'addio al progetto della biobanca di Milano, come prevede anche la bozza di Dm quasi pronta per la firma di Balduzzi (si veda il box).

Il ruolo del Centro nazionale trapianti diventa centrale: sia per la tracciabilità sia per le reazioni avverse, che vanno notificate dai centri all'«autorità regionale» e al Cnt e non all'Iss, cui arriveranno tramite il Centro. Una procedura ribadita dallo schema di Dlgs all'esame della commissione Igiene e Sanità del Senato che, modificando il Dlgs 16/2010, sopprime appunto l'obbligo di comunicare gli eventi avversi all'Istituto, potenzia i controlli su attrezzature e materiali e introduce il codice unico per «donatore, tessuti e cellule donati».

Polemica la senatrice radicale **Donatella Poretti**: «La conse-

guenza del passaggio di competenze al Cnt è la schedatura delle coppie con un ulteriore metodo non richiesto dalle norme europee e non tramite codici criptati come avviene nel Registro nazionale sulla Pma». Critiche respinte dal sottosegretario alla Salute, **Adelfio Elio Cardinale**, sentito in audizione: «Tutte le garanzie di trasparenza, di comunicazione e di privacy saranno certamente rispettate». E **Alessandro Nanni Costa**, direttore del Centro nazionale trapianti, ha aggiunto: «Non ci sono passaggi di competenze ma la definizione di competenze diverse e parallele». Le prime «più di carattere epidemiologico» restano all'Iss come prevede la legge 40 e cominciano dal momento in cui la coppia accede alle tecniche di Pma fino alla nascita; le seconde, «più di sorveglianza, di sicurezza e di tracciabilità» saranno del Cnt e riguarderanno soltanto la fase «dal prelievo dei gameti fino all'impianto».

**Manuela Perrone**



ANNA ROSA RACCA (FEDERFARMA)

## «Dal ministero solo forzature e incongruenze»

«**A**bbiamo diffidato le Regioni dal dare seguito alle interpretazioni ministeriali dell'articolo 11 del decreto sulle liberalizzazioni che riteniamo errate, illegittime e tali da compromettere gravemente gli interessi dei farmacisti titolari: non accetteremo espropri», così **Anna Rosa Racca**, presidente Federfarma, al termine della giornata di fuoco seguita al via libera di Montecitorio al Dl 1/2012. «Il parere della Salute contiene varie forzature e incongruenze che stravolgono la volontà del Parlamento e che avranno un impatto negativo sul servizio farmaceutico», spiega. E conferma che lo sciopero appena proclamato per il 29 marzo ci sarà, nonostante la violazione dell'obbligo legale di preavviso subito contestata dall'Autorità di garanzia sugli scioperi: «Trascorsi i 15 giorni previsti ci troveremo già con qualche farmacia chiusa: non possiamo rinunciare a tutelarci».

### Il problema è solo il pensionamento?

Questa è la forzatura più grave e di impatto più immediato: secondo la Salute tutti i titolari sopra i 65 anni dovranno nominare un direttore e in caso di inottemperanza dovrebbero essere chiuse...

È una interpretazione che trascura totalmente il principio di legalità presente nel nostro ordinamento: nel testo non si rintraccia il minimo cenno alla

soluzione procedimentale prospettata dalla Salute, che risulta creata ex nihilo.

### E dunque?

Dunque l'unica interpretazione possibile, costituzionalmente orientata, fa riferimento alle norme del Dlgs 502/1992 che non a caso rinvia al tavolo della convenzione. È lì che bisogna discutere di tutto. Del resto, eventuali prese di posizione ministeriali non possono produrre alcun effetto giuridicamente vincolante: una interpretazione autentica delle norme in questione può essere fornita solo da un eventuale, successivo, atto di rango legislativo.

### Vi aspettate altre norme?

Vogliamo che siano rispettate le norme non abrogate dalle liberalizzazioni: a esempio sulla pianta organica.

### Quali?

A esempio quelle sulla pianta organica. Il ministero sostiene la possibilità di deroga alla necessità di perimetrazione della sede per le farmacie di nuova istituzione, ma queste finirebbero per ridurre il bacino di utenza delle sedi esistenti senza che sia fissato un criterio per ripristinare pari redditività potenziale dei vari esercizi. E questo è inaccettabile.

**S.Tod.**



**Infermieri: ne servono 266mila entro il 2020**

In Italia c'è un deficit di infermieri e se resta il numero chiuso all'università si ricorrerà sempre più a lavoratori formati altrove. È l'allarme lanciato da Ipasvi. (Servizio a pag. 25)

CONGRESSO IPASVI/ Rapporto Censis: serviranno 266mila unità in più entro il 2020

# Infermieri, l'Italia è in deficit

**Aumentano i lavoratori stranieri formati altrove - Il nodo del numero chiuso**

**I**n Italia servono più infermieri. Per una Sanità futura ben articolata sul territorio e per raggiungere livelli di assistenza paragonabili a quelli di Paesi benchmark come Olanda e Francia. E in questo quadro il numero chiuso per l'accesso agli studi di Scienze infermieristiche appare ormai uno strumento obsoleto e anacronistico. È quanto risulta dal Rapporto Censis su «L'Infermiere protagonista della buona sanità del futuro», diffuso in occasione del Congresso Ipasvi, che si è svolto a Bologna dal 22 al 24 marzo.

Negli ultimi anni si è registrato un vero e proprio boom delle richieste di iscrizione al corso di laurea in Scienze infermieristiche e, più in generale, ai corsi di laurea per operatori sanitari; di fronte a questa ondata di richieste il numero chiuso per l'accesso al corso di laurea costituisce un ostacolo e una causa di limitatezza nella disponibilità di posti nelle università. Un vincolo fortemente criticato dagli italiani; infatti, il 61,3% degli intervistati considera il numero chiuso a Scienze infermieristiche un errore; quasi il 32% perché «c'è

bisogno di avere più infermieri nel futuro e così l'Italia rischia di non averli» e il 29,7% perché la selezione dovrebbe farla la capacità di andare avanti nel percorso di studi. Meno del 40% degli italiani si dichiara d'accordo con il numero chiuso.

Nel futuro, d'altro canto, la domanda di infermieri è destinata ad aumentare, tenendo conto che: il nostro Paese, come altri Paesi europei, è destinato a sperimentare uno shortage di medici; la riarticolazione della Sanità su prevenzione, territorio e ospedali ad alta intensità tecnologica per le acuzie apre sicuramente nuovi, più ampi spazi per il ruolo degli infermieri, ferma restando la qualità della Sanità da garantire; il nostro Paese, rispetto ad altri che possono essere considerati benchmark, ha una presenza di infermieri significativamente inferiore.

A questo proposito, si legge nel Rapporto Censis, va tenuto presente che, a partire dagli attuali 391.646 infermieri (dato che include anche le vigilatrici d'infanzia e gli assistenti sanitari per renderlo comparabile con

i dati degli altri Paesi) se si volesse portare l'Italia al rapporto infermieri/popolazione dell'Olanda, che risulta pari a 1.051 per 100mila abitanti, occorrerebbe aumentare il numero di infermieri al 2020 sino a 659mila unità, con un aumento di oltre 266mila persone.

Ciò vuol dire che ogni anno il numero di infermieri in attività (come saldo tra chi cessa per qualsiasi motivo di svolgere la professione e i nuovi avviati al lavoro) dovrebbe crescere di oltre 26mila unità, sino al 2020 incluso. Un secondo scenario che ponesse la Francia come benchmark, richiederebbe di portare il numero complessivo di infermieri per il 2020 a oltre 482mila, con un incremento complessivo di quasi 91mila infermieri, pari a oltre 9mila infermieri in più ogni anno.

Nel lungo periodo il numero di infermieri è in effetti molto aumentato sia in valore assoluto che come incidenza sulla popolazione (nel decennio dal 2000 al 2010 gli infermieri sono aumentati di 80mila unità), ma la dinamica incrementale continua a essere insufficiente rispetto al-

la necessità che emerge dalla Sanità e ciò rimanda ai percorsi formativi, ai corsi universitari e a quello che producono, nonché alle modalità di accesso a essi.

Come noto, il numero di iscrizioni è prefissato e, nel 2009-2010 gli immatricolati sono stati circa 13.000 per professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica.

A fronte dell'aumento della necessità di infermieri, dell'attuale numero ridotto e delle ridotte opportunità di accesso ai corsi universitari, di fatto si ricorre sempre più frequentemente a lavoratori provenienti da altri Paesi, in particolare da quelli con più basso livello di sviluppo.

Nel futuro insomma si aprono potenzialità occupazionali imponenti e «sarebbe opportuno – si legge nel Rapporto Censis – rispondere con adeguati ampliamenti degli spazi nella formazione universitaria; se così non sarà, è alto il rischio di una moltiplicazione del ricorso a infermieri stranieri formati altrove».

**Rosanna Magnano**

**Valutazione sul numero chiuso per l'accesso al corso di laurea in Scienze infermieristiche (valori %)**

Come valuta il numero chiuso per l'accesso al corso di laurea in Scienze infermieristiche?	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Italia
<b>Un errore</b>	68,7	55,1	52,1	64,1	61,3
<i>di cui:</i>					
• abbiamo bisogno di più infermieri e così rischiamo di non averli nel futuro	38,4	26,3	22,6	34,1	31,6
• la selezione la deve fare la capacità di andare avanti nel percorso di studi	30,3	28,8	29,5	30,0	29,7
<b>Una cosa giusta</b>	31,3	44,9	47,9	35,9	38,7
<i>di cui</i>					
• è un buon modo per fare selezione	24,8	30,3	38,3	27,2	29,3
• anche se occorrerebbe ampliare un po' i numeri	6,5	14,6	9,6	8,7	9,4
<b>Totale</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2012

A PAG. **25** | **AIOP GIOVANI.** Pubblico-privato:  
 un rapporto tutto da rifondare

**STATI GENERALI AIOP GIOVANI**

## Pubblico-privato: rapporto da rifondare

**M**olto si discute di Sanità tra tagli lineari, ospedali che in alcuni casi non riescono a far fronte alla domanda dei cittadini, bisogno di riorganizzare il lavoro dei medici. Quando dieci anni fa abbiamo dato vita ad Aiop Giovani una delle prime riflessioni era su quale contributo un gruppo di giovani, in parte già imprenditori o dirigenti sanitari, avrebbe potuto dare a un settore delicato e allo stesso tempo necessario e strategico come quello della salute.

Nel corso di questa esperienza abbiamo avuto modo di conoscere e approfondire l'organizzazione sanitaria di molti Paesi. Dai grandi ospedali degli Stati Uniti al sistema sanitario catalano, ai centri ospedalieri di Tokyo fino a quello cubano, siamo arrivati alla conclusione che la nostra Sanità, che pure deve guardare oltre i propri confini per porsi sempre nuovi obiettivi, è davvero tra le migliori al mondo, per la sua qualità e per il carattere universalistico che la contraddistingue, perché la Sanità è pubblica e cioè un diritto di tutti.

Il nostro Servizio sanitario nazionale è lo strumento migliore per garantire qualità ed equità. Questo però non basta.

È necessario infatti che il suo funzionamento sia fondato su una maggiore programmazione da parte delle Regioni e su un sistema di controlli rigoroso per garantire sempre e ovunque l'accessibilità e la qualità delle cure. Sia la programmazione dei servizi che i controlli devono essere mantenuti ben distinti dagli erogatori delle prestazioni i quali possono essere soggetti pubblici o privati, regolati da una collaborazione competitiva che contribuisca a innalzare gli standard mantenendo sia l'efficienza che la sostenibilità.

Il fatto che enti di controllo oggi erogino prestazioni rappresenta infatti un conflitto d'interesse che va superato. Il sistema sanitario si deve orientare sempre più verso un sistema "misto" in grado di valorizzare le eccellenze che diventano modelli per gli altri. Altra esigenza a cui neppure la Sanità può sottrarsi è quella di far fronte alla diminuzione delle risorse economiche al pari di un aumento delle esigenze della popolazione dovute sia a una maggiore consa-

pevolezza sia a fattori oggettivi quali l'aumento dell'età media. In questo la partita dovrà giocarsi sulla capacità di sviluppare nuove tecnologie e potenziare l'uso di quelle esistenti per velocizzare il processo di analisi dei dati, la condivisione veloce delle informazioni cliniche come i referti, ma anche la possibilità di effettuare a casa alcune attività quali a esempio i controlli di routine da inviare poi ai medici. La Sanità però non è solo un bisogno che comporta dei costi, essa infatti è anche una risorsa di sviluppo economico per il territorio. Basti pensare che la "filiera" della salute rappresenta l'11,2% del nostro prodotto interno lordo e dà lavoro a un milione e mezzo di persone.

Dove c'è una buona Sanità la qualità della vita si alza e con essa la crescita economica. Buone strutture attraggono professionisti di alto profilo economico e culturale che reinvestono le loro risorse nell'ambito in cui risiedono.

Infine crediamo, e la nostra esperienza fin qui lo ha confermato, che non solo sia necessario sviluppare un sistema misto per stimolare una proficua competitività ma vadano anche potenziate le opportunità di collaborazione tra il privato e il pubblico. In questo senso un esempio riteniamo risieda proprio in Italia ed è l'Emilia Romagna, dove nel corso degli anni le siner-

gie tra pubblico e privato hanno permesso di realizzare un sistema sanitario regionale efficiente, apprezzato da tutti, anche da quanti non risiedono in questa Regione, come testimonia l'alta capacità di attrarre pazienti da fuori. Queste le idee che abbiamo maturato nel corso di 10 anni di attività. Ora spetterà alla nuova generazione di Aiop Giovani e in particolare ai nuovi coordinatori eletti nel corso degli Stati generali, **Domenico Musumeci**, coordinatore nazionale, **Michele Nicchio**, vicecoordinatore area Nord, **Giulia De Leo** vicecoordinatore area Centro e **Simone Imbrota**, vicecoordinatore area Sud, portare avanti il compito di dare un contributo alla Sanità del futuro.

**Averardo Orta**

*Coordinatore nazionale uscente Aiop Giovani*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Il modello  
 Emilia-Romagna  
 punto di partenza  
 per il futuro»