

Sanità

Approda a Palazzo Chigi il testo del decreto legislativo che trasforma il bancone in front office del Ssn

È l'ora della farmacia dei servizi

Assistenza a casa e monitoraggi in rete con medici e pediatri - Croce verde in esclusiva

È approdato in Consiglio dei ministri il Dlgs che disegna i nuovi servizi che potranno essere erogati dalle farmacie in attuazione della delega approvata a giugno (L. 69/2009): per i presidi convenzionati con il Ssn scattano l'uso esclusivo della dicitura "farmacia" e della croce verde e la possibilità di partecipare in rete con medici e farmacisti alle attività di assistenza domiciliare, anche utilizzando i servizi infermieristici, e al monitoraggio delle terapie per i cronici. Tra le nuove funzioni come front office del servizio pubblico anche l'attività di prenotazione visite, riscossione ticket e consegna referti.

TESTO A PAG. 6-7

Le prestazioni

CONSEGNA FARMACI
E DISPOSITIVI A DOMICILIOMONITORAGGIO
TERAPIEANALISI
DI PRIMA ISTANZAPRENOTAZIONI,
TICKET E CONSEGNA REFERTISERVIZI INFERMIERISTICI
E FISIOTERAPICI

Aifa

Sì alla pillola
abortiva,
ma solo
in ospedale

A PAG. 8

Relazione 2008

La legge 194
funziona:
le lvg sempre
più in calo

A PAG. 8

ANTICRISI

La manovra va. E cambia

In pista tagli alla farmaceutica e rottamazione dei medici

Via libera definitivo col voto di fiducia del Senato al Dl anticrisi che taglia di 800 milioni il budget della farmaceutica territoriale, reintroduce la rottamazione dei medici con 40 anni di anzianità contributiva e traccia il percorso per il commissariamento della Calabria. Rinvio al dopo ferie il confronto Governo-Regioni sul Patto per la salute che dovrà essere siglato entro il 15 ottobre.

A PAG. 5

Commissariamenti
nella bufera

Campania, Lazio e Calabria all'attacco di tavolo di monitoraggio e anticrisi per le decisioni unilaterali sui deficit e la richiesta di tagli sempre maggiori.

A PAG. 5

PIANO DI MONITORAGGIO

Alcol, stretta sui controlli

Dati e anagrafi incrociati - Consumi: 8,5 milioni a rischio

Monitoraggio e indicazioni su interventi e prevenzione sull'alcol: Regioni in campo. Con il Piano di monitoraggio alcol e salute messo a punto col Welfare avranno un controllo capillare e immediato sul territorio anche grazie al-

l'utilizzo incrociato di banche dati e anagrafi degli alcolisti.

Il consumo intanto secondo l'Istat è stabile, ma cambiano le abitudini e a rischio sono circa 8,5 milioni di italiani.

A PAG. 12-13

RAPPORTO OSSERVASALUTE

Italia malata d'ambiente

Aria, acqua, rifiuti: le cattive politiche avvelenano il Paese

Aria inquinata, acqua col contagocce, troppi rifiuti e smaltiti male, rumore e case intossicate: ecco l'ambiente malato d'Italia, che a sua volta pesa come un macigno sulla salute dei cittadini.

A tracciare il ritratto dell'in-

sufficiente politica ambientale è il primo rapporto Osservasalute Ambiente 2008, realizzato dall'Osservatorio nazionale sulla salute degli italiani dell'Università Cattolica di Roma.

A PAG. 2-4

IN VETRINA

Governance: manager più ricchi e intramoenia con meno libertà

La Affari sociali della Camera ha adottato il testo unificato sul governo clinico. Tra le novità, lo stipendio dei Dg sarà superiore del 20% di quello dei primari, l'intramoenia non potrà più essere fatta ovunque e sull'indennità di esclusiva decide il contratto. (Servizio a pag. 5)

▼ Ecm: a settembre ufficializzate le nuove regole

Pronto per la Stato-Regioni il documento sull'accreditamento dei provider e la formazione medica a distanza: sarà ufficializzato a metà settembre. (Servizio a pag. 20)

▼ Pensioni: entro settembre la denuncia sul cumulo

Le entrate da lavoro autonomo vanno comunicate entro il 30 settembre: perde un anno di pensione chi non segnala i redditi al proprio ente. (Servizio a pag. 21)

▼ La direttiva sulle cure all'estero tra le priorità Ue

Al via il semestre Ue guidato dalla Svezia: priorità alla direttiva sulla mobilità dei pazienti. E sui nodi del pacchetto farmaceutico si cerca la mediazione. (Servizio a pag. 8)

Il prossimo numero de Il Sole-24 Ore Sanità sarà in distribuzione da martedì 8 settembre.
La redazione augura buone vacanze a tutti i lettori.

INSERTO



IN ALLEGATO

L'Asl che concilia vita e lavoro

Un'avvocata di successo della City di Londra colpita dalla crisi economica - che le ha dimezzato lo stipendio ma ha raddoppiato i carichi di lavoro - e madre di tre bambine piccole, la minore di sei mesi. Schiacciata dall'ansia da prestazione, un giorno C.B. ha gettato la spugna e si è suicidata. Dichiarando alla famiglia e al mondo, con il suo gesto tragico, di non poter più reggere la corsa al "work-life balance". Quella capacità di conciliare tempi di vita privata e di lavoro, cioè, che dovrebbe consentire a ogni lavoratore di vivere serenamente famiglia e impegno lavorativo.

Difficile all'estero, una chimera in Italia. Per questo sono encomiabili le iniziative "family friendly", come quella realizzata dall'Asl di Ferrara e finanziata dal Dipartimento per le politiche della famiglia presso la presidenza del Consiglio dei ministri. Grazie al progetto sperimentale "Vita&Lavoro", che punta su strumenti come il telelavoro, il mentoring e sulle politiche di genere, forse la quadratura del cerchio sembrerà meno lontana. Un buon esempio per tutti, anche nella Sanità. (B.Gob.)

A PAG. 16

GUIDA ALLA LETTURA

■ Primo Piano	a pag. 2 - 4
■ In Parlamento	5
■ Dal Governo	6 - 8
■ In Europa	9
■ Dibattiti	10 - 11
■ Focus	12 - 13
■ Inserto	1 - XVI
■ Speciale	14 - 15
■ Aziende/Territorio	16 - 19
■ Mercati&News	19
■ Lavoro/Professione	20 - 23
■ Fisco/Previdenza	21
■ Medicina	22
■ La Giurisprudenza	23

A PAG. 14-15

Abusi sulle donne

Violenza
di genere:
il puzzle
delle misure
regionali
per tutelare
le vittime

A PAG. 20

Contratto

Partita chiusa
per il secondo
biennio
economico
del personale:
gli aumenti
a fine mese

A PAG. 23

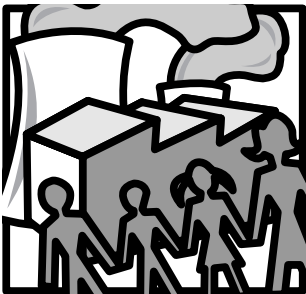
Tribunale Milano

Una società
privata di
trasporto
e prestazioni
sanitarie non
può usare
il nome "I18"

Value Relations®

Non aspettare
il momento giusto.
CREALO!Lavoriamo al vostro fianco per sviluppare
RELAZIONI DI VALORE

www.valuerelations.it



Presentato il primo rapporto Osservasalute dell'Università Cattolica di Roma sugli effetti dell'

Dall'aria ai rifiuti l'ambiente

Veleni a macchia di leopardo da Nord a Sud - Al Lazio la maglia nera,

L'Italia soffre di “mal d'ambiente”: cattiva qualità dell'aria, scarsità d'acqua, inquinamento acustico e pessima gestione dei rifiuti pesano sulla salute della Penisola. E pochi si salvano, da Nord a Sud. A tracciare il quadro dell'insufficiente politica ambientale è il primo rapporto Osservasalute Ambiente 2008, realizzato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, che ha sede all'Università Cattolica di Roma. Un documento corposo che analizza i dati 1999-2006 e denuncia le inefficienze delle amministrazioni locali in tema di salvaguardia del patrimonio ambientale. Carenze che incombono come macigni sulla salute degli italiani, esposti a rischi di ogni genere, dai tumori alle malattie respiratorie.

«Solo in alcuni casi esistono strategie integrate di azione verso i determinanti ambientali di rischio che incidono sulla salute della comunità», spiega **Walter Ricciardi**, coordinatore dell'indagine e direttore dell'Istituto di Igiene della facoltà di Medicina della Cattolica.

Ricciardi elenca i peccati delle Regioni: studi epidemiologici «insufficienti, se non assenti», flussi informativi non strutturati, ridotta sensibilità al tema. Il risultato è un'Italia a macchia di leopardo, in cui persino il classico dualismo Nord-Sud risulta “annacquato”. Perché, a esempio, l'area peggiore del Paese è il Centro, complice la zavorra del Lazio, maglia nera su quasi tutti i fronti. Perché nella classifica delle Regioni più virtuose primeggia la Basilicata. E perché al Nord non sono tutte rose e fiori. Basti pensare che la Lombardia è tra le Regioni più critiche per le concentrazioni di polveri sottili e biossido d'azoto nell'atmosfera.

Acqua. Tra le note dolenti c'è la disponibilità di acqua: è vero che l'83,2% della popolazione può contare su quantità sufficienti, ma nelle Isole la quota si dimezza al 42,7% e al Sud scende al 69,9 per cento. Sorprendono le differenze regionali: si va dalla Provincia

di Bolzano, che eroga ben l'86% dell'acqua immessa in rete, alla Puglia, che ne consegna ai cittadini poco più della metà. «Preoccupa - si legge infatti nel rapporto - sia la diminuzione dell'acqua erogata (-13 litri al giorno pro capite) sia l'ulteriore diminuzione dell'acqua erogata rispetto a quella immessa in rete (-1,6%)». Colpa di una “mala gestione” degli acquedotti, che a livello europeo classifica il nostro come un Paese a “stress idrico”, con un'elevata domanda rispetto alle risorse disponibili, malgrado la disponibilità teorica di risorse sia teoricamente superiore alla media Ue.

Aria. Lento, anche se costante, l'aumento delle stazioni di rilevamento della qualità dell'aria: dal 2005 al 2006 sono cresciute del 23%, a quota 533. Ma la distribuzione resta disomogenea: la Sicilia vanta 73 stazioni (il 13,7% di tutte quelle presenti in Italia), seguita dalla Lombardia (69), men-

tre il Molise ne conta solo due. Crescono di numero soprattutto le stazioni di rilevazione dell'inquinamento da traffico (51%); meno quelle di fondo (22%) e le industriali. La maggior parte delle stazioni è concentrata al Nord, ma anche in questo caso il puzzle regionale, si legge nel report, denota una «carenza» di strategie da colmare. Molte Regioni - Molise, Calabria, Abruzzo, Basilicata, Umbria e Valle d'Aosta - hanno una copertura territoriale «appena sufficiente per rispondere alle esigenze conoscitive sullo stato dell'ambiente previste dalla normativa». E anche il focus sugli inquinanti andrebbe rivisto: dai tradizionali biossido di zolfo e piombo bisognerebbe spostare l'attenzione sulle nuove emergenze, a cominciare da particolato (polveri fini) e benzene.

Rifiuti. La spazzatura sommerge le città italiane. In sette anni i rifiuti solidi urbani sono cresciuti di oltre 4,1 milioni di tonnellate, con un tasso di crescita medio del 14,6% (più marcato al Centro), arrivando a 32,5 milioni di tonnellate



prodotte nel 2006. La maggior parte finisce ancora oggi in discarica, con punte del 91% in Puglia che, insieme con altre cinque Regioni (Abruzzo, Sicilia, Liguria, Molise e Lazio), aumenta l'impiego della discarica, anziché diminuirlo. Colpa della mancata avanzata dell'incenerimento, per cui la capacità media nazionale ha raggiunto solo il 12,1% (dal

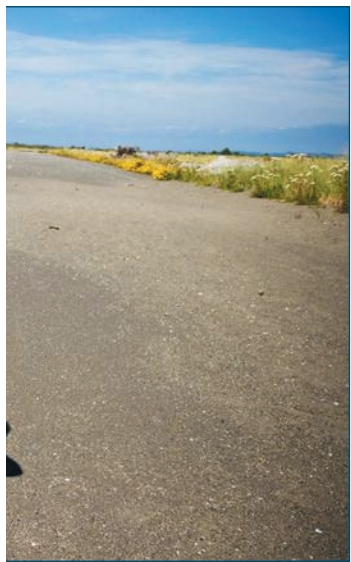
20,7% al Nord al 3,9% del Sud). Al ralenti anche la raccolta differenziata: soltanto il Trentino Alto Adige e il Veneto differenziano quasi la metà dei rifiuti, la media italiana si attesta sul 26%, lontana dall'obiettivo del 35 per cento. La Regione peggiore è il Molise: raccoglie in maniera differenziata appena il 5% della spazzatura.

Tabella di score di tutte le Regioni italiane in relazione allo specifico indicatore																					
Indicatore		Piemonte	V. d'Aosta	Lombardia	Trentino A.A.	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Acqua potabile	Disponibilità	9	2	4	1	7	8	3	12	11	19	17	5	10	14	15	20	6	13	18	16
	Erogata/immessa in rete	6	10	2	6	4	14	1	5	9	12	3	13	18	17	16	20	15	6	11	19
	Concessione deroghe	12	1	18	18	20	1	1	13	16	8	8	15	1	1	13	10	1	1	16	11
Radon	Concentrazione	16	7	19	13	11	18	5	8	9	11	2	20	14	6	17	10	3	1	4	15
Rifiuti	Produzione pro capite nel 2006	11	15	9	5	7	4	16	19	20	18	14	17	12	2	6	8	1	3	13	10
	Raccolta differenziata nel 2006	4	7	3	1	2	6	13	5	8	9	11	15	12	20	14	16	18	17	19	10
	Smaltimento in discarica 1999-2006	8	11	2	5	3	6	16	4	13	13	9	19	20	18	1	17	7	10	15	12
	Avviati a incenerimento 1999-2006	11	20	2	14	6	9	20	7	8	13	12	1	20	20	20	3	5	4	10	15
Qualità dell'aria	Totale stazioni 2006	9	15	2	10	14	5	7	4	11	15	13	8	18	20	11	6	15	19	1	3
	Popolazione residente vs stazioni	12	1	13	4	19	2	5	9	17	8	11	16	14	15	18	10	6	20	7	3
	Superamenti annuali 48 µg/m³ biossido di azoto No₂	13	1	20	10	10	13	16	17	6	6	6	19	9	1	15	10	1	1	17	1
	Superamenti giornalieri 125 µg/m³ biossido di azoto So₂	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	1	1	17	17	1	1	17	15	15
	Media annua concentrazioni medie giornaliere Pm₁₀	16	6	19	8	16	3	10	13	12	6	18	15	14	1	3	10	2	20	9	5
	Numero medio giorni superamento limite concentrazioni medie giornaliere Pm₁₀	17	9	19	11	16	4	8	13	10	6	18	14	15	1	5	7	2	20	11	3
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere benzene C₆h₆	8	6	3	10	3	12	15	6	9	17	17	16	11	14	15	3	1	17	12	2
	Numero medio giorni superamento obiettivo lungo termine 120 µg/m³ ozono O₃	19	14	20	11	18	15	13	15	15	8	1	12	9	2	6	9	5	4	7	3
Cem	Impianti Srb per 10.000 abitanti	7	13	2	14	11	6	14	10	9	12	5	14	8	4	1	14	14	14	3	14
	Impianti Rtv per 10.000 abitanti	1	11	2	12	3	7	12	4	5	8	6	12	9	10	12	12	12	12	12	12
	Impianti Srb superamenti rilevati	15	1	9	12	16	1	8	16	12	1	9	14	1	1	20	9	1	1	19	1
	Impianti Rtv superamenti rilevati	15	8	16	5	17	11	12	18	13	6	13	7	9	3	19	10	1	1	16	4
Rumore	Numero comuni con zonizzazione acustica approvata	1	16	3	8	2	13	5	7	4	18	10	9	15	19	6	11	19	16	13	12
	Popolazione esposta % sottoposta a zonizzazione	4	10	9	11	5	17	2	6	1	12	8	3	18	19	7	14	19	16	15	13

inquinamento: dito puntato contro le inefficienze delle politiche locali

violato ammala l'Italia

Basilicata la più virtuosa - Performance peggiori al Centro



Radon. Preoccupa anche l'inquinamento nelle abitazioni legato al radon, un gas inerte cancerogeno: le Regioni dovevano effettuare entro il 31 agosto 2005 una mappatura delle aree più a rischio, ma la mancata costituzione della commissione speciale che doveva stilare le linee guida ha rallentato il processo. Il rapporto si basa dunque su una ricer-

ca eseguita da Iss e Anpa su un campione di circa 5 mila case e fornisce dati inquietanti: la concentrazione media di radon nelle abitazioni italiane è di circa 70 becquerel al metro cubo, contro i 40 della media mondiale. Nel Lazio i valori superano del 40% la media nazionale. Ma anche Friuli-Venezia Giulia e Lombardia spiccano per inquinamento indoor.

Rumore. In crescita ma incompleto il monitoraggio dell'inquinamento acustico: i dati disponibili sull'esposizione al rumore degli italiani sono pochi e difficilmente confrontabili a causa dell'incompleta zonizzazione del territorio, prevista dalla legge quadro 447/1995. Solo il 31,5% dei Comuni, a oggi, ha approvato la classificazione delle zone per rumore. Anche se va detto che la percentuale era del 17,4% nel 2003 e di appena il 10% nel 2002.

Incompleto il quadro normativo regionale: a fine 2006 non erano disponibili i dati per Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia. Tra i virtuosi, la Toscana (84% di Comuni che hanno approvato

la zonizzazione), la Liguria (77%), il Veneto (69%) e il Piemonte (64%). Capitolo a parte il Lazio, dove malgrado la percentuale di popolazione zonizzata sia pari al 60,5%, la superficie territoriale "coperta" è solo del 25%. Un'anomalia che si spiegherebbe con la maggiore concentrazione di residenti a Roma e nelle città capoluogo di provincia.

Elettromagnetismo. Pur in assenza di dati univoci sulla pericolosità dei campi elettromagnetici per la salute, il rapporto Osservasalute ambiente invita alla prudenza, in nome del principio di precauzione. E analizza l'esposizione della popolazione agli impianti di telefonia cellulare e di radiotelevisione.

Verificando dove e quanto vengono superati i limiti fissati dal Dpcm 23 aprile 1992, integrato nel 1995. Se la media italiana di sfioramento è di 22 superamenti, la Regione che tiene meno sotto controllo la situazione è la Sicilia con ben 21 superamenti dei limiti per le emissioni degli impianti di telefonia (un terzo di quelli registrati nella Penisola) e 38

(sui 443 totali) per quelli Rtv. Molte Regioni, inoltre, non hanno provveduto al risanamento delle infrastrutture.

Difficile giudicare, comunque, con i pochi strumenti attivati, e in ogni caso nessuno può tirare sospiri di sollievo. Lo chiarisce **Umberto Moscato**, dell'Istituto di Igiene della Cattolica, autore del rapporto con **Antonio Azara**, igienista dell'Università di Sassari: «Sebbene un cittadino di Pavia potrebbe "gongolare" in quanto la Provincia dichiara che i parametri ambientali vanno bene, in realtà fumi industriali provenienti dalla Campania potrebbero determinare effetti negativi sulla salute dei cittadini pavesi». Servono quindi strategie comuni. «Il federalismo comporta rischi - spiegano gli esperti - se manca un coordinamento nazionale: gli inquinanti non si fermano ai confini regionali e amministrativi».

pagine a cura di
Celestina Dominelli
Barbara Gobbi
Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Score cumulativo delle Regioni

Per tutti gli indicatori analizzati

La posizione di merito indica dalla migliore situazione ambientale (1), relativa tra Regioni, alla peggiore (20)

Posizione di merito	Regioni	Totale (sommatoria score indicatori ordinale)
1	Basilicata	155
2	Friuli Venezia Giulia	176
3	Valle d'Aosta	185
4	Trentino Alto Adige	190
5	Lombardia	197
6	Sardegna	199
7	Liguria	203
8	Veneto	211
9	Emilia Romagna	212
10	Piemonte	215
11	Toscana	219
12	Molise	225
13	Umbria	227
14	Marche	228
15	Puglia	230
16	Calabria	233
17	Campania	257
18	Abruzzo	258
19	Sicilia	263
20	Lazio	265

Tabella di score aggregato per macroaree

Macroaree	Medie posizioni	Macroaree	Medie posizioni
Nord	1,9	Nord-Est	2,9
Centro	2,3	Nord-Ovest	2,6
Sud e Isole	1,9	Centro	3,2
Valore ottimale = 1		Sud	3,0
		Isole	3,0
		Valore ottimale = 1	

Evento formativo accreditato presso la commissione ECM della Regione Lombardia

DECRETO LEGISLATIVO 81/2008

LA TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE DEI RISCHI CONNESSI ALLE DIFFERENZE DI GENERE

Questo è il titolo del convegno che si terrà il 17 e 18 aprile al centro congressi Hotel President di Salice Terme, in provincia di Pavia. L'evento, organizzato dalla sezione provinciale pavese dell'Associazione italiana donne medico (Aidm), è stato progettato da Maya Idee e sarà accreditato Ecm. A spiegare gli obiettivi della due giorni è la presidente provinciale di Aidm, Laura Lanza. «Lo scopo è quello di mettere in luce e approfondire il decreto 81/2008 che, pur fondandosi sul precedente decreto 626/94, apporta importanti novità, tra cui la valutazione dei rischi connessi alle differenze di genere - spiega -. Si tratta di una questione molto sentita in ambito medico, ma non solo. Il problema riguarda soprattutto i datori di lavoro e i medici competenti, dal momento che in Italia non esistono linee guida di riferimento. Per questo, il tentativo è quello di fornire un piccolo contributo, iniziando a formulare delle proposte. Le istituzioni, che hanno concesso il patrocinio, si sono dimostrate molto interessate all'argomento. Al termine dei lavori, produrremo degli atti da presentare alla Commissione Pari Opportunità e all'assessorato alla Sanità della Regione Lombardia: l'intento è quello di approfondire l'argomento e di ampliare il confronto a livello nazionale». Lanza specifica che l'evento si inserisce a pieno titolo tra gli obiettivi di Aidm. «L'associazione ha infatti lo scopo di valorizzare la donna nel mondo del lavoro, svolgendo attività di formazione continua e promuovendo campagne di educazione sanitaria». Ma quali sono le aspettative del congresso? «Coinvolgere il più possibile le istituzioni, in modo da ampliare il dibattito», risponde Lanza. Vari i momenti importanti all'interno del convegno. A cominciare dalla tavola rotonda, moderata dal presidente di Maya Idee, Gianluigi Cussotto. Sarà questa un'occasione di confronto tra le varie categorie: industriali, commercianti, artigiani, agricoltori. Parteciperanno anche i sindacati e due assessori della Provincia di Pavia, Annita Daglia e Angelo Ciocca. Completeranno gli interventi il magistrato Paolo Ielo e il docente di Statistica medica Paolo Giudici. Nella sessione di sabato 18 verranno invece approfonditi i problemi di esposizione nelle varie categorie professionali: dal lavoro notturno al sollevamento carichi, dal contatto con agenti chimici al mobbing.

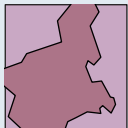
17-18 APRILE 2009



AIDM
Sezione Provinciale Pavia

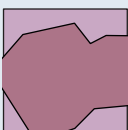
Il puzzle regionale

Piemonte



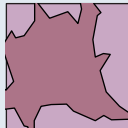
Buone performance sul fronte dei rifiuti e del monitoraggio della qualità dell'aria, male la qualità dell'aria. Il Piemonte è la Regione che ha incrementato di più il livello della raccolta differenziata, con un +25,8% tra 1996 e 2006 rispetto al +12,7% medio italiano. Inferiore alla media l'incremento della produzione di rifiuti solidi urbani. In crescita lo smaltimento per incenerimento (+23,82%). Quanto alla qualità dell'aria, ci sono 29 stazioni di rilevamento. Ma cresce l'aumento delle concentrazioni medie annue di benzene tra 2005 e 2006; il particolato supera il limite di 40 µg/m³ di PM10 e supera il limite di giorni in cui è consentito il media oltrepassare la soglia massima. Buono il livello di acqua erogata e la zonizzazione acustica; vicino alla media l'inquinamento indoor da radon.

V. d'Aosta



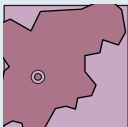
È la Regione con la maggiore disponibilità di acqua erogata, con 369 litri per abitante al giorno contro una media italiana di 254 litri. Tra 1999 e 2005 sono aumentati volume erogato a uso potabile e quantitativo pro capite giornaliero. Insufficienti le centrali di monitoraggio dell'aria (10). Buoni i dati su benzene e particolato, mentre per l'ozono si superano i valori indicati di 43 giorni. Basso la zonizzazione, nel 2,7% dei Comuni, mentre vanno risanate le infrastrutture di emissione in radiofrequenza. Rifiuti: non esistono inceneritori. In crescita la produzione (19,45% tra 1999 e 2006 contro). Alta la produzione di rifiuti urbani, ma il 31,3% è raccolto in modo differenziato.

Lombardia



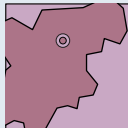
Maglia rosa per la gestione dei rifiuti, che pure sono prodotti in misura massima nella Regione: tra 1999 e 2006 la quota in discarica è diminuita del 45,77%, mentre l'incenerimento è aumentato del 205,5% (pari a un tasso del 39%, il più alto d'Italia). Il 43,6% dei rifiuti è raccolto in modo differenziato, al di sopra del 40% fissato dalla normativa per il 2007. Monitoraggio aria: sono 69 le stazioni di rilevamento e forse per questo risulta che il biossido d'azoto supera il valore limite orario e annuale. In discesa il valore del benzene, critici i dati sul particolato e sull'ozono stratosferico. Incrementata la quantità d'acqua erogata; buona la zonizzazione. Tra i più alti l'inquinamento indoor.

Pa Trento



Per acqua e rifiuti il Trentino Alto Adige è insuperabile. La Regione nel complesso vanta 633 litri di acqua potabile erogati al giorno pro capite, il valore più alto in Italia, e una riduzione pro capite dal 1999 al 2006 di 19 litri al giorno. Nella Provincia di Trento ben il 71,7% dell'acqua immessa nella rete viene erogata. Risultati ottimi anche per la spazzatura: la Regione, con il 49,1% di raccolta differenziata (e il 51,4% a Trento), è prima nel Paese. In sette anni i rifiuti solidi urbani prodotti sono calati del 3,15% (contro un aumento medio italiano del 14,66%) e quelli smaltiti in discarica del 37,42%. A Trento il 35,9% dei Comuni ha approvato la zonizzazione acustica. Ottimo il contenimento delle emissioni elettromagnetiche, anche se gli impianti vanno ancora risanati.

Pa Bolzano



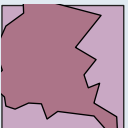
Bolzano condivide con Trento gli eccellenti risultati regionali per acqua e rifiuti. In particolare, nella Provincia, ben l'86,1% dell'acqua immessa nella rete viene erogata. Ottimi anche i dati sull'elettromagnetismo. Non va così bene per la qualità dell'aria. Bolzano ha infatti una media annua delle concentrazioni medie giornaliere di benzene nel 2006 di 3 µg/m³ (valore medio italiano 2,3 µg/m³), in aumento consistente rispetto all'anno precedente, in controtendenza rispetto alle altre Regioni. Quanto all'inquinamento indoor da radon, i valori registrati a Bolzano sono perfettamente in linea con quelli italiani medi; 70 becquerel per metro cubo. Male il controllo dell'inquinamento acustico: un solo Comune su 116 ha approvato la zonizzazione.

Veneto



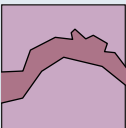
Quasi il 50% dei rifiuti raccolti in modo differenziato contro una media nazionale del 25,8%, la migliore performance tra le Regioni. E una forte diminuzione della spazzatura avviata a discarica (-43,07% dal 1999 al 2006). Ottima, quindi, la gestione dei rifiuti solidi urbani, ma zoppica il rilevamento della qualità dell'aria (nel 2006 11 stazioni, in calo rispetto al 2005). Male anche il monitoraggio dell'inquinamento da benzene (solo due centraline), che pure fa registrare un trend in discesa guardando alla media annua delle concentrazioni giornaliere. Buone notizie anche sul fronte della zonizzazione acustica (il 68,9 dei Comuni è coperto) e dell'inquinamento indoor da radon, sotto la soglia italiana.

Friuli V.G.



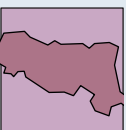
È la Regione che ha aumentato meno i rifiuti prodotti tra 1999 e 2006: solo il 4,24% in più contro il +14,66 della soglia nazionale. Piazzandosi bene anche nella raccolta differenziata (+17,3% contro il +12,7% dell'asticella italiana). Ma il Friuli Venezia Giulia deve ancora lavorare sul fronte della zonizzazione acustica (solo 5 Comuni su 219 sono coperti) e dell'esposizione al radon (su cui pure è disponibile una mappatura regionale delle aree più a rischio): dopo il Lazio, infatti, il Friuli presenta il più elevato inquinamento indoor legato a questo gas inerte. Buone notizie arrivano invece dall'inquinamento da polveri sottili, che è sotto controllo, e dall'esposizione ai campi elettromagnetici: i superamenti delle emissioni dagli impianti radiotelevisivi sono sotto la media italiana.

Liguria



Virtuosa per l'acqua immessa in rete (l'80,9% viene erogata e alto è il tasso pro capite di acqua potabile), maglia nera al Nord per la raccolta differenziata dei rifiuti. La Liguria produce pro capite rifiuti solidi urbani sopra la media nazionale; in controtendenza con il trend italiano registra un aumento del 5,65% di rifiuti smaltiti in discarica e nel 2006 risulta priva di impianti di incenerimento. È poi l'unica al Nord a presentare un valore basso come il 16,7% registrato nel 2006 (aumento del 7,2% vs aumento medio in Italia del 12,7%). Buona la presenza di stazioni di rilevamento della qualità dell'aria (34), ma è alta (anche se stabile) la concentrazione giornaliera di benzene. Buona anche la zonizzazione acustica e basso l'inquinamento indoor da radon.

Emilia R.



Troppi rifiuti (tra i valori più alti in Italia), con un incremento del 18,4% tra 1999 e 2006 contro una media italiana del 14,66%. Migliora lo smaltimento in discarica e i dati sull'incenerimento, pari a 32,87%. Superiore alla media italiana il numero di stazioni di rilevamento della qualità dell'aria (47), ma sono diminuite quelle utili alla indicizzazione Eol. In aumento la concentrazione di benzene e superato di 72 giorni lo sfioramento ammesso per il particolato. Valori analoghi per l'ozono. Il 39,3% dei Comuni ha approvato la zonizzazione acustica; radon indoor poco presente, anche grazie a campagne regionali. Cresce la quantità d'acqua erogata; inferiore alla media quella potabile pro capite.

Toscana



Palma d'oro tra le Regioni per l'inquinamento acustico, con l'84% dei Comuni che hanno approvato la zonizzazione, la Toscana vanta però il valore più elevato nella produzione pro capite di rifiuti solidi urbani (704 chili per abitante l'anno nel 2006, contro la media nazionale di 550). Tra il 1999 e il 2006, inoltre, i rifiuti solidi urbani prodotti sono cresciuti del 21,69%, ben oltre il 14,66% della media italiana. Negli stessi anni lo smaltimento in discarica, invece che diminuire, è aumentato dello 0,89%. Virtuosa però la raccolta differenziata, applicata al 30,9% della spazzatura. Buona la qualità dell'aria: l'inquinamento da polveri sottili è inferiore alla media italiana. L'acqua potabile erogata è cresciuta dal 1999 al 2005, ma è calata di 4 litri la disponibilità giornaliera pro capite.

Umbria



Rifiuti solidi urbani in "esubero": l'Umbria fa registrare l'incremento maggiore della produzione, pari a +36,77% tra il 1999 e il 2006, più del doppio della media italiana del 14,66%. Il 58,2% va per giunta in discarica (+3,45% in sette anni, a fronte di un calo nazionale del 19,4%). La raccolta differenziata è in linea con la media italiana: 24,5%. Dieci le stazioni per il rilevamento della qualità dell'aria, troppo poche rispetto al territorio. Nessun dato sul benzene, molto basse le concentrazioni medie giornaliere di polveri sottili: 29 µg/m³ (uno dei valori più bassi d'Italia, dopo Campania e Bolzano). Pessimo l'indicatore dell'acqua potabile erogata al giorno pro capite: 197 litri, peggio solo la Puglia. Anche la zonizzazione acustica lascia a desiderare: l'ha approvata appena l'1,1% dei Comuni.

Marche



Bollino rosso sull'inquinamento da polveri sottili: le Marche hanno una media annua delle concentrazioni medie giornaliere di 47 µg/m³ contro i 34 nazionali. E registrano ben 116 giorni di superamento del limite di 40 µg/m³ fissato dal Dm 60/2002, contro i 57 giorni medi italiani. In generale il monitoraggio della qualità dell'aria è carente: ci sono appena 13 stazioni di rilevamento. Cattive notizie anche sull'acqua potabile erogata (tra il 1999 e il 2005 c'è stata una riduzione pro capite di 39 litri al giorno) e sui rifiuti: soltanto il 19,5% è raccolto in modo differenziato. Buona, invece, la gestione dell'inquinamento acustico: il 29,7% dei Comuni ha approvato la zonizzazione. E anche l'inquinamento indoor presenta uno dei livelli più bassi: 29 becquerel per metro cubo.

Lazio



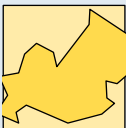
Registra il livello più alto di inquinamento da radon nelle abitazioni. Ed è ancora troppo dipendente dalle discariche per lo smaltimento dei rifiuti. Colpa anche di una "differenziata" che stenta a decollare (+7,7% di incremento tra 1999 e 2006). Il Lazio, però, si consola con la disponibilità di acqua pro capite (287 litri al giorno contro i 254 del resto d'Italia) e con una buona copertura del territorio sia sul fronte dell'inquinamento acustico (60,5% della popolazione è "zonizzata"), sia rispetto al monitoraggio della qualità dell'aria con 33 stazioni di rilevamento. Che indicano, però, una situazione non proprio rassicurante: la Regione è infatti al top nel 2006 per la media annua di concentrazioni giornaliere di benzene.

Abruzzo



Troppi rifiuti ancora smaltiti in discarica. Dove, nel solo 2006, sono finite oltre 565mila tonnellate di spazzatura. Tanto che l'Abruzzo è la Regione che ha più incrementato il ricorso a questo tipo di smaltimento tra il 1999 e il 2006 (+18,30% contro una diminuzione media italiana pari a 19,40%). Colpa soprattutto della totale assenza di termovalorizzatori. Bene, invece, nell'inquinamento da campi elettromagnetici dove l'Abruzzo non registra superamenti dei limiti per le emissioni degli impianti radio base di telefonia cellulare. Ancora troppo scarsa poi è la zonizzazione acustica (coperti solo 4 Comuni su 305) e molto elevato il livello di dispersione idrica: dopo Puglia e Sardegna, l'Abruzzo presenta infatti il livello più basso di acqua erogata (solo il 59,1% di quella immessa in rete).

Molise



In fondo alla classifica per numero di centraline di monitoraggio della qualità dell'aria (2), ma seconda in Italia per produzione pro capite di rifiuti. Due le centraline per il benzene; buono il rispetto dei parametri limite fissati per l'inquinamento da polveri fini: superata, ma solo di sei giorni, la soglia minima di 50 µg/m³ di PM10 (35 giorni l'anno consentiti). Valori analoghi per l'ozono stratosferico, con 10 giorni di superamento dell'obiettivo, contro una media nazionale di 35 giorni. Inferiore alla media nazionale, anche se in aumento, il quantitativo pro capite di acqua potabile. Nessun Comune ha approvato la zonizzazione. Basso l'inquinamento indoor; mentre nel 2006 non si rilevavano inceneritori e solo il 5% dei rifiuti era raccolto in modo differenziato.

Campania



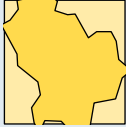
Incompleta la legislazione regionale in materia di inquinamento acustico, anche se il 31,4% dei Comuni ha approvato la zonizzazione. Inadeguato all'estensione territoriale il numero delle stazioni di monitoraggio della qualità dell'aria (18), anche se nel 2005 non ne esistevano. Alta, nel 2006, la concentrazione di benzene, mentre restano al di sotto dei range nazionali i dati sul particolato. Insufficiente il monitoraggio del benzene. Diminuita del doppio rispetto all'Italia la quantità d'acqua erogata tra 1999 e 2005. Alta l'esposizione al radon indoor: 95 becquerel per metro cubo. Capitolo rifiuti: solo l'11,3% viene differenziato. La chiusura degli impianti non ha ancora portato a una razionalizzazione ma a soluzioni provvisorie.

Puglia



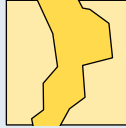
Sos acqua per la Puglia: la quantità erogata pro capite è la più bassa d'Italia, pari a 165 litri al giorno, anche se dal 1999 al 2005 è aumentata complessivamente di 8 litri al giorno. Viene erogato appena il 53,7% dell'acqua immessa in rete, il dato peggiore del Paese. Di contro, la Regione vanta ben 35 stazioni di rilevamento della qualità dell'aria, nonché concentrazioni di benzene e di polveri sottili inferiori alla media. Basso anche l'inquinamento indoor da radon. Pollice verso sull'inquinamento acustico: solo il 3,9% dei Comuni ha approvato la zonizzazione. Pessimo il capitolo rifiuti: quelli solidi urbani prodotti sono meno di quelli medi italiani, ma il 91% di tutta la spazzatura finisce in discarica. Male la raccolta differenziata, che riguarda solo l'8,8% dei rifiuti.

Basilicata



Tanta acqua, buona qualità dell'aria, "pochi" rifiuti e scarso inquinamento indoor: sono questi i fattori che fanno della Basilicata la più virtuosa delle Regioni italiane. Con un neo: nessun Comune ha approvato la zonizzazione acustica. Sul fronte del rumore, dunque, c'è ancora molto da fare. Meno sul resto. La Basilicata ha il livello più basso di inquinamento da benzene (la media annua delle concentrazioni giornaliere è di 0,5 µg/m³) ed è seconda solo al Molise per concentrazioni di polveri fini. Dal 1999 al 2005 ha visto aumentare l'acqua erogata di +3.957 migliaia di metri cubi e vanta una disponibilità di 282 litri per abitante al giorno. Il livello di inquinamento da radon nelle abitazioni è tra i più bassi d'Italia, così come la produzione di rifiuti solidi urbani. Poco finisce in discarica. Ma sulla raccolta differenziata, cresciuta solo del 5,6% in sette anni, si potrebbe fare di più.

Calabria



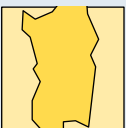
Solo tre stazioni di rilevamento della qualità dell'aria. Non a caso mancano dati sull'inquinamento da polveri sottili e da benzene. La Calabria, però, può tirare un sospiro di sollievo sull'esposizione al radon: ha la più bassa concentrazione di questo gas nelle abitazioni. E non supera i limiti per le emissioni degli impianti radiotelevisivi e di telefonia cellulare. Ma le note positive finiscono qui. Ancora ridotta è la zonizzazione acustica (solo lo 0,5% del territorio è coperto) e preoccupa il quadro dell'acqua potabile, diminuita di 23 litri al giorno per abitante tra il 1999 e il 2005 (contro i -13 nazionali). Per non dire dei rifiuti: la raccolta differenziata si ferma all'8%.

Sicilia



Raccoglie da sola il 13,7% delle stazioni italiane di rilevamento della qualità dell'aria. Ma presenta molte pecche nella gestione dei rifiuti. Perché in Sicilia a farla da padrone è sempre la discarica con il 94% dei rifiuti smaltiti (prima in Italia e la raccolta differenziata è al 6,6%, il dato peggiore dopo il Molise). Quanto alla qualità dell'aria, la Regione fa segnare (unica con la Sardegna) in tre stazioni su 47 il superamento dei limiti previsti per il biossido di zolfo. Mentre non preoccupano le concentrazioni di polveri fini e benzene. Male, invece, l'acqua, diminuita di 22 litri al giorno pro capite tra 1999 e 2005 (quasi il doppio della media nazionale), e l'esposizione ai campi elettromagnetici: qui si registra un terzo dei superamenti rilevati in Italia per le emissioni degli impianti di telefonia.

Sardegna

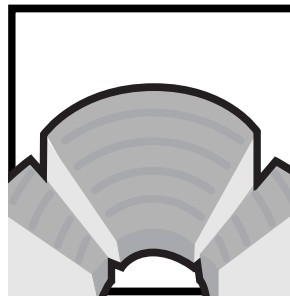


Una netta accelerazione alla raccolta differenziata che, tra il 2005 e il 2006, è cresciuta di quasi dieci punti percentuali attestandosi al 19,8%. Anche se rimane molto alta la quota di rifiuti smaltiti in discarica (il 65,3% del totale). Ma la Sardegna deve rafforzarsi anche sul fronte della qualità dell'aria. Dove può contare su 48 stazioni di rilevamento (il 9% di tutte le centraline nazionali), ma solo 3 forniscono informazioni utili per lo scambio dei dati sull'ambiente su base europea. Sotto la media italiana, poi, le concentrazioni di benzene e di polveri sottili. Come pure l'inquinamento indoor da radon. Preoccupa, invece, la situazione dell'acqua. Perché la Regione vanta un primato negativo pesantissimo, seconda solo alla Puglia: solo il 56,8% dell'acqua immessa nella rete viene erogata (contro il 69,9% nazionale).

La manovra estiva diventa legge col voto di fiducia del Senato mentre il Governo vara i ritocchi

Manovra «fatta» e «corretta»

Tagli e rottamazioni: tutto confermato - Regioni-Governo a muso duro



Via libera tra le polemiche per il decreto anticrisi, giunto sabato al voto di fiducia del Senato dopo essere stato preceduto venerdì in Consiglio dei ministri dalle norme correttive sui nodi irrisolti: dai poteri della magistratura contabile all'Ambiente, allo scudo fiscale. Nodi che hanno decisamente avvelenato il clima preferiale già tormentato dai gravissimi dissapori che da oltre un mese hanno spezzato il dialogo istituzionale Governo-Regioni. L'ultimo avviso sulla gravità del dissidio è giunto al termine della Stato-Regioni di mercoledì scorso, teoricamente l'ultima prima della pausa estiva: «Se non sarà ristabilito il dialogo - ha ripetuto il presidente dei governatori, **Vasco Errani** (Emilia Romagna) - saremo costretti ad assumere una posizione di conflitto che sarebbe un danno per il Paese». A meno di un incontro col premier che potrebbe essere calendarizzato nei primi giorni d'agosto e preceduto da una conferenza straordinaria per affronta-

ON LINE
Il testo approvato
www.24oresanita.com

re il nodo della Sanità, la vertenza rischia di approdare alla Consulta, assieme alle azioni già preannunciate dalle Regioni commissariate.

Tra queste la Calabria, destinataria di una norma specifica dell'anticrisi che dispone la diffida alla Regione a presentare entro 70 giorni il proprio piano di rientro: se non sarà ritenuto congruo - avverte la legge - scatterà il commissariamento.

Per il settore sanitario (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 20/2009) tra le principali misure approvate con l'anticrisi spiccano tra l'altro lo slittamento al 15 ottobre del Patto per la salute 2009-2011 (1 anno di ritardo sul previsto), la stretta sulla farmaceutica e la rottamazione dei medici.

In particolare sul fronte della spesa l'intervento più pesante consiste

nel taglio di 800 milioni al budget della farmaceutica territoriale: la manovra sui generici inventata con il Dl Abruzzo viene mantenuta a regime; il tetto previsto scende al 13,3%; i corrispondenti risparmi confluiscono in un fondo che servirà a spese sanitarie varie decise da Welfare ed Economia a partire dai 50 milioni che la stessa manovra destina al finanziamento delle cure palliative. Le idee su cosa altro farci del resto non mancano: la Igiene e Sanità del Senato, a esempio, nel proprio parere ha suggerito di attingere da lì per far fronte all'emergenza autunnale da influenza suina. Parere da tenere come promemoria, visto che ormai l'anticrisi a) è rimasto com'era e l'anticrisi b) si occupa d'altro.

Infine la rottamazione. I medici hanno continuato a scrivere e protestare, ma per ora a nulla è servito. Se ne riparla a settembre.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMERA/ AFFARI SOCIALI

Governo clinico, pronto il testo unificato: aumenti ai Dg e intramoenia meno elastica

I manager non guadagneranno mai più meno dei loro medici: lo stipendio dovrà essere come quello dei dirigenti apicali (primari, capi dipartimento ecc.) senza retribuzione di risultato e aumentato del 20% a cui si potrà aggiungere fino a un ulteriore 20% dopo la valutazione dei risultati di gestione. Gli stipendi dei direttori sanitari e amministrativi saranno l'85% di quelli del Dg, compreso il premio di risultato.

I medici possono avere un unico rapporto di lavoro col Ssn, anche se non necessariamente in esclusiva e tre possibilità di libera professione con regole angalogue: quella di chi non è in esclusiva; l'intramoenia classica; l'intramoenia allargata (senza oneri però per l'azienda) che diventa ordinaria. Tutte le attività svolte fuori dell'azienda però, non potranno avere costi per questa né per il professionista nei confronti dell'azienda. E sull'indennità di esclusiva decide il contratto, niente allargamenti a chi è in extramoenia.

Queste le principali novità del testo unificato dei Ddl C. 799 (Angela Napoli, Pdl), C. 1552

(Domenico Di Virgilio e Giuseppe Palumbo, Pdl), C. 977-ter (Livia Turco, Pd) C. 278 (Farina Coscioni, Pd), C. 1942 (Silvana Mura, IdV), adottato la scorsa settimana dalla Affari sociali della Camera e che sarà discusso a partire da martedì 22 settembre.

Il testo arriva dopo il recepimento delle modifiche chieste da Regioni e sindacati rispetto a quello presentato a febbraio (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 6/2009).

Il Ddl conferma il ruolo del Collegio di direzione e di quello sindacale, organi dell'azienda. Quello di direzione affianca il direttore generale e i suoi pareri sono "obbligatori" (il Dg dovrà motivare i dissensi) su atto aziendale, programmi di ricerca e formazione, obiettivi della contrattazione integrativa, piano aziendale di formazione.

Per quanto riguarda i direttori generali, accanto all'aumento di stipendio sono previsti i criteri di nomina e di valutazione e, per i neo-manager, l'obbligo di frequenza a corsi di formazione in Sanità pubblica, organizzazione e gestione sanitaria che saranno

pagati dai partecipanti e organizzati dall'Agenas a livello regionale o interregionale. Ai requisiti si aggiunge la specificazione che l'esperienza quinquennale di direzione può essere stata svolta nei "dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso". Per la loro valutazione la Regione dovrà determinare preventivamente i criteri che avranno come guida le linee di indirizzo approvate dalla Stato-Regioni, sentita l'Agenas.

Per le nomine dei primari è confermato l'avviso pubblico tre mesi prima che il posto sia vacante e a sceglierli sarà una commissione che da cinque passa a tre membri: Dg e due primari nella stessa disciplina dell'incarico (nelle Università un professore) sorteggiati da un elenco regionale (non più nazionale). Gli strumenti di valutazione saranno previsti nel contratto in base a linee guida proposte dal Welfare e scritte nella direttiva del Comitato di settore.

Il nuovo testo conferma il dipartimento come «modello ordinario di gestione operativa». Il direttore è nominato dal Dg tra una tema di primari proposta dal comitato di dipartimento.

I limiti di età degli ospedalieri sono in sintonia con gli universitari: 65 anni più due e la possibilità di chiedere di rimanere in servizio fino a 70 anni.

Paletti infine per la libera professione: solo fuori orario di servizio e all'esterno mai in strutture accreditate; non dovrà superare la quantità dell'attività istituzionale; la tariffa sarà contrattata dal singolo in base a un accordo quadro coi sindacati; le prenotazioni sono gestite dal Cup, con spazi e liste separate e pagamento e ripartizione degli incassi avranno meccanismi fissati da linee guida regionali; non dovrà essere in conflitto con i compiti istituzionali; i volumi di prestazioni saranno definiti dalle Regioni.

E anche gli operatori non medici (non più solo infermieri) avranno l'intramoenia con modalità e limiti analoghi a quelli dei medici.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAZIO, CAMPANIA, CALABRIA

Tempesta in arrivo sui Piani di rientro

Campania e Lazio all'attacco delle scelte del Governo e dei paletti fissati al tavolo di monitoraggio. Calabria pronta ai ricorsi alla Corte costituzionale. C'è aria di tempesta sui commissariamenti passati (Lazio), presenti (Campania) e futuri (Calabria).

Antonio Bassolino ha deciso di accettare con riserva la nomina a commissario ad acta della Campania. Una presa di posizione per alcuni punti del decreto di commissariamento come la scelta del subcommissario e anche per la «disparità di trattamento con la Sicilia: «Noi abbiamo avuto una diffida - ha detto - la Sicilia è stata "invitata"». Questo, ma non solo il motivo di ricorso al Tar Lazio e alla Corte costituzionale per conflitti di attribuzione dell'atto. Circa il ricorso al Tar, la Regione avrebbe anche valutato il pareggio 2008 e un disavanzo 2009 di 350 milioni, di cui 200 coperti da manovre presentate al tavolo di monitoraggio e gli altri già pronti a fine anno con la legge di bilancio. Ma secondo i calcoli dell'Economia oltre a un disavanzo residuo 2008 di 260 milioni legato ai rischi che derivano dalle procedure contabili della Regione (ce ne sono 238 in agguato per eventuali minori entrate fiscali), secondo le «proiezioni» nel 2009 il disavanzo sarebbe di 881 milioni. Anche considerando valide le coperture (bocciate al tavolo di monitoraggio), resterebbero scoperti 680 milioni che avrebbe-

ro bisogno di un aumento di aliquote fiscali al triplo delle attuali e che proprio per l'impossibilità di una manovra così pesante hanno fatto scattare il commissariamento contestato.

Sugli scudi anche il Lazio. Finora era andato tutto bene alle verifiche, tanto da far sbloccare circa 1,8 miliardi di fondi. Ma sul piano ospedaliero, ultimo documento per lo sblocco definitivo delle risorse, si è abbattuta la scure del tavolo di monitoraggio secondo il quale perché sia realmente efficace dovrebbe prevedere la chiusura di almeno altri 18 piccoli ospedali di provincia da affiancare alla riconversione già prevista per 15 strutture. «È assurdo sostenere che il piano presentato dal subcommissario Mario Morlacco, già esagerato, sia insufficiente - ha dichiarato il vicepresidente della Giunta Esterino Montino -. Con questi presupposti - ha aggiunto - cambia il rapporto istituzionale e politico».

Infine la Calabria. Pronta all'attacco e a una raffica di ricorsi alla Consulta con le altre Regioni, ha già messo in pista il primo argomento su cui affilare le armi: la procedura differenziata per il suo commissariamento che «crea - ha dichiarato il vicepresidente, Domenico Cerosimo - un precedente pericolosissimo perché invece di collaborare per l'efficienza al sistema sanitario punta solo al controllo ragionieristico dei conti».

Bassolino accetta, ma con riserva

IL COMMENTO

Una «punizione» che insegna a gestire

Il Governo ha commissariato la Campania e il Molise, affidando la gestione "speciale" ai loro governatori, che saranno poi assistiti da subcommissari estranei all'amministrazione.

In Parlamento, la conversione del Dl n. 78/09 è andata avanti a colpi di fiducia e così la parte che riguarda il settore sanitario (art. 22) ha superato indenne l'esame. A ben vedere, un maggiore impegno nella ricerca delle soluzioni ai deficit organizzativi ed economico-patrimoniali che affliggono ben individuate Regioni che, nel loro insieme, hanno fatto registrare circa 30 miliardi di debiti pregressi e disavanzi di gestione corrente a

otto zeri e oltre.

Il testo del Dl, condiviso attraverso il voto di fiducia, sollecita almeno due riflessioni. La prima, sulla istituzione di un fondo aggiuntivo destinato a interventi sanitari. La seconda, sulla procedura di commissariamento della Calabria.

Quanto all'anzidetto fondo (c. 2-3), che dovrà essere di un'entità pari a 800 milioni a decorrere dal prossimo anno, emerge una corretta disciplina normativa riguardante il suo percorso costitutivo, che quantomeno impedirà i soliti contenziosi avanti la Consulta.

Viene, infatti, sancita la competenza del ministro del Welfare, che adotterà il relativo decreto di concerto con quello dell'Economia, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Una previsione, quest'ultima, individuata proprio per la sua generalità e, quindi, per la non riconducibilità del fondo a un intervento specifico. Ciò in ossequio al principio di leale collaborazione e in linea con quanto deciso dalla Corte costituzionale a tutela delle competenze regionali, che nella specie verranno esercitate attraverso il detto strumento concertativo.

In riferimento alla procedura di commissariamento della Calabria (c. 4), è appena il caso di precisare che con essa è stata introdotta un'altra soluzione normativa di commissariamento ad acta. In aggiunta a quelle previste per ripianare i disavanzi correnti ovvero a fronte di inadempimenti agli obblighi convenuti nei Piani di rientro concordati con il Governo.

Viene, infatti, individuato il commissariamento anche come misura sanzionatoria alla mancata predisposizione del piano di rientro, entro i previsti 70 giorni, ovvero alla

sua inadeguatezza. Dunque, una terza via di commissariamento, che appare in armonia con i principi costituzionali (art. 120, c. 2) e con quelli indicati nella legge "La Loggia" del 2003 (art. 8, c. 1).

Da settembre, quindi, se ne vedranno delle belle con un Paese sempre di più "sotto tutela" per le inadempienze di un numero crescente di governi regionali, incapaci di tutelare i Lea e di ottimizzare i costi. Sono già commissariate: Lazio, Abruzzo, Campania e Molise, tutte attraverso i loro rispettivi Presidenti, fatta eccezione per l'Abruzzo. In

procinto di commissariamento, la Calabria, forse la Puglia e, improbabilmente, la Sicilia.

L'occasione "punitiva" potrà, tuttavia, assumere una funzione pedagogica per una più corretta frequentazione dell'introdotta federalismo fiscale. Insomma, una sorta di "raccomandazione" a intraprendere una accurata gestione delle risorse - che con il suddetto federalismo non saranno più quelle storicamente godute bensì quelle derivanti dai costi standard - che sia strettamente funzionale a conseguire l'efficienza reale.

di Ettore Jorio
Professore di diritto sanitario all'Università della Calabria

IL TESTO DEL DECRETO

Pubblichiamo di seguito la bozza del Dlgs recante nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Ssn e disposizioni sull'indennità per le farmacie rurali in attuazione della delega contenuta di cui all'art. 11 della legge n. 69/2009.

Art. 1

Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale

1. In attuazione dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, recante delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni concernenti i Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, con il presente decreto legislativo si provvede alla definizione dei nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate farmacie e alle correlate modificazioni delle disposizioni recate dall'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. I nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, concernono:

a) la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, a favore dei pazienti che risiedono nel territorio di competenza, attraverso:

1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

2) la preparazione nonché la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali;

3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che nessuna prestazione infermieristica, comprese quelle relative alle vaccinazioni, o fisioterapia può essere svolta presso la farmacia, a eccezione di quelle di cui alla lettera d);

b) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, e a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza;

c) la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di edu-

cazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale e ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

d) l'erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida e i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

e) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui alla lettera d), di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto di natura non regolamentare del ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;

f) la effettuazione di attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Tali modalità sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia protezione dei dati personali, e in base a modalità, regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto di natura non regolamentare del ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza per-

nente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali.

3. L'adesione delle farmacie pubbliche di cui al primo periodo del comma 2 è subordinata all'osservanza di criteri fissati con decreto del ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sentito il ministro dell'Interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilità dirette agli Enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale.

4. Il rapporto delle farmacie con il Servizio sanitario nazionale per lo svolgimento dei nuovi servizi di cui al comma 2 è disciplinato dalle medesime convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, conformi agli accordi collettivi na-

zionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e ai correlati accordi di livello regionale. Gli accordi nazionali e gli accordi di livello regionale fissano altresì i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attività di cui al comma 2.

5. Il Servizio sanitario nazionale promuove la collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attività di cui al comma 2.

Art. 2

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 1, dopo la lettera m) è aggiunta la seguente:

«m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 e al relativo decreto legislativo di attuazione».

b) al comma 2:

1) alla lettera a) dopo le parole: «Servizio sanitario nazionale» sono inserite le seguenti: «e svolgendo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, da esprimere secondo le modalità stabilite dalle singole Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, le ulteriori funzioni di cui alla lettera b-bis), fermo restando che l'adesione delle farmacie pubbliche è subordinata all'osservanza dei criteri fissati con decreto del ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sentito il ministro dell'Interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilità dirette agli Enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale»;

2) alla lettera b) le parole: «il servizio» sono sostituite dalle seguenti: «la dispensazione dei prodotti»;

3) dopo la lettera b) è inserita la seguente:

«b-bis) provvedere a disciplinare:

1. la partecipazione delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate farmacie, al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. L'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente all'erogazione del servizio per i pazienti che risiedono nel territorio in cui sussiste condizione di promiscuità tra più sedi farmaceutiche, sulla base del criterio della farmacia più vicina, per la via pedonale, all'abitazione del paziente; nel caso in cui una farmacia decida di non partecipare all'erogazione del servizio di assistenza domiciliare inte-

grata, per i pazienti residenti nella relativa sede, l'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente sulla base del criterio di cui al precedente periodo. La partecipazione al servizio può prevedere:

1.1. la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

1.2. la preparazione nonché la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali;

1.3. la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

1.4. la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che nessuna prestazione infermieristica, comprese quelle relative alle vaccinazioni, o fisioterapia può essere svolta presso la farmacia, a eccezione di quelle di cui al numero 4);

2. la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza. Tale collaborazione avviene previa partecipazione dei farmacisti che vi operano ad appositi programmi di formazione;

3. la definizione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale e ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

4. la definizione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida e i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico. Gli accordi regionali definiscono le condizioni e le modalità di partecipazione delle farmacie ai predetti servizi di secondo livello. La partecipazione alle campagne di prevenzione può prevedere l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

5. l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui al numero 4, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto di natura non regolamentare del ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;

6. le modalità con cui nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Le modalità per il ritiro dei referti sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia protezione dei dati personali e in base a modalità, regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto di natura non regolamentare del ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali;

7. i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attività di cui alla presente lettera;

8. la promozione della collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle far-

macie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attività di cui alla presente lettera».

4) alla lettera c) le parole da: «e le modalità di collaborazione» fino a: «di informazione e di educazione sanitaria» sono soppresse.

5) dopo la lettera c) sono aggiunte le seguenti:

«c-bis) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le Regioni e per gli Enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. All'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole Regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

c-ter) fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola Regione di importo non superiore a quello accertato dai citati Comitato e Tavolo ai sensi della lettera c-bis), gli accordi di livello regionale disciplinano le modalità e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-bis). Gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e

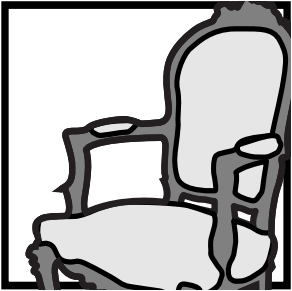
(continua a pag. 7)

Il farmacista diventa mediatore dei servizi infermieristici

All'esame del Consiglio dei ministri il decreto legislativo sulle nuove attività dei presidi

Farmacie, servizi Doc al Ssn

Lavoro in rete con Mmg e Pls - Guerra sull'insegna "parafarmacia"



L'insegna con la scritta "farmacia" e la croce verde restano esclusiva dei presidi convenzionati con il Servizio sanitario pubblico.

Ma è più che probabile che le anche le "parafarmacie" continueranno a chiamarsi così, stato confusionale degli italiani (vero o presunto) permettendo. Del resto i cittadini alle "parafarmacie" ci si sono abituati. Quello che dovranno prepararsi a scoprire sono i nuovi servizi che potranno essere erogati dalle farmacie (quelle Doc) in attuazione della delega approvata a giugno (L. 69/2009).

Depennato solo delle poche righe con cui il Welfare sarebbe stato intenzionato a staccare le insegne di corner ed esercizi di vicinato figli delle lenzuolate Bersani - cosa su cui il ministero dello Sviluppo non era per niente d'accordo - il Dlgs sui nuovi servizi al bancone è approdato venerdì 31 luglio all'esame del Consiglio dei ministri confermando tutte le anticipazioni della vigilia. Unica aggiunta - suggerita dall'Economia - i paletti per evitare che sull'onda dell'entusiasmo le farmacie comunali facciano lievitare la spesa o peggio aumentare il personale. Le farmacie pubbliche potranno partecipare alla rivoluzione ma nel rispetto del patto di stabilità.

Front office si diventa così. In base alle nuove regole il cittadino potrà recarsi tra l'altro in farmacia per prenotare visite e analisi, pagare il ticket dovuto al Ssn e ritirare i referti. Ma anche per partecipare a screening nell'ambito di grandi campagne di prevenzione, eseguendo autoanalisi di prima istanza, prelievi di sangue esclusi.

Le farmacie saranno inoltre coinvolte nel servizio di assistenza domiciliare integrata prestata ai residenti nel territorio di pertinenza, lavorando in team con medici di famiglia e pediatri: potranno consegnare farmaci e dispositivi medici a domicilio, potranno preparare e consegnare miscele per la nutrizione artificiale e la terapia del dolore, e potranno mettere a disposizione infermieri e fisioterapisti che opereranno a domicilio del paziente per i servizi richiesti dal medico curante. Il tutto da remunerare senza ulterio-

Le scelte in discussione	
SERVIZI DELLE FARMACIE NELL'AMBITO DEL SSN	
• Servizi in Adi con Mmg e pediatri (Pls) a) dispensazione e consegna a domicilio di farmaci e dispositivi medici b) preparazione e dispensazione a domicilio di miscele per la nutrizione artificiale e antidolorifici c) dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta d) messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di prestazioni professionali richieste da Mmg/Pls • Collaborazione ad attività di monitoraggio delle terapie per i cronici e di farmacovigilanza • Partecipazione a programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione nazionali e regionali • Servizi di secondo livello per i singoli assistiti, su prescrizione di Mmg e Pls anche avvalendosi di infermieri • Inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici • Analisi di prima istanza di autocontrollo nei limiti fissati con Dm Salute d'intesa con la Stato-Regioni (prelievi esclusi) • Prenotazioni di prestazioni di ambulatoriali specialistiche nelle strutture pubbliche e accreditate, pagamento ticket, ritiro i referti	• L'adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi dovrà avvenire nel rispetto dei criteri fissati con Dm Welfare-Economia, nel rispetto del patto di stabilità e senza incrementi di personale • Modalità e tempi di pagamento dei nuovi servizi sono fissati da accordi regionali: il tetto di spesa è dato dagli importi certificati dalla singola Regione; le prestazioni extratetto sono a carico del cittadino • Gli stessi accordi regionali fissano caratteristiche strutturali e organizzative e dotazioni tecnologiche minime per l'individuazione delle farmacie con cui accordarsi per l'offerta dei servizi di secondo livello
CONVENZIONE FARMACIE-SSN	
	• Viene chiarito in modo inequivocabile che la convenzione tra le farmacie e il Ssn deve essere rinnovata come tutti gli altri accordi riguardanti il personale a rapporto convenzionale con il Ssn (legge 412/1991), ovvero mediante il ricorso alla Sisac come struttura deputata a rappresentare la delegazione di parte pubblica • La contrattazione è disciplinata con accordo in sede di Stato-Regioni sentita la Fofi • Sulla collaborazione interprofessionale saranno consultate sia la Fofi che la Fnom
FARMACIE RURALI	
	• La convenzione stabilirà anche i criteri che dovranno essere utilizzati dalle Regioni per determinare l'indennità di residenza da corrispondere ai titolari di farmacia rurale: i criteri terranno conto oltre che della popolazione, anche di altri parametri di disagio in relazione alla localizzazione delle farmacie e all'ampiezza del territorio da esse servito
DENOMINAZIONI E SIMBOLI	
	• "Farmacia" e croce verde possono essere utilizzati solo dai presidi che operano nell'ambito del Ssn

Lo scontrino di farmacia parla meno di prima

Stop al nome del farmaco in chiaro sullo scontrino parlante, al suo posto arriva il numero di autorizzazione all'immissione in commercio (codice Aic) da rilevare tramite lettura ottica del codice a barre.

Con una circolare emanata giovedì scorso l'Agenzia delle entrate si adegua prontamente alle richieste del Garante per la protezione dei dati personali che il 29 aprile aveva chiesto l'oscuramento del nome com-

merciale dei farmaci dalla ricevuta necessaria ai fini della deduzione e della detrazione d'imposta prevista per le spese sanitarie. Rispondendo all'esigenza espressa dall'Authority di contenere la tutela della riservatezza dei cittadini e l'interesse pubblico a ridurre il rischio di agevolazioni fiscali indebite l'Agenzia delle entrate ha stabilito che dall'anno prossimo saranno ammessi solo gli scontrini che riportano il codice Aic al

posto della denominazione commerciale del medicinale: le farmacie sono dunque chiamate ad adeguarsi alle nuove indicazioni entro il primo gennaio 2010.

Nel frattempo, il vecchio e il nuovo sistema potranno coesistere: in entrambi i casi, sullo scontrino dovranno comunque essere sempre riportati anche natura e quantità dei farmaci acquistati e codice fiscale del destinatario.

ri oneri a carico del servizio pubblico, ma riciclando le economie derivanti dall'assunzione di nuove funzioni da parte dei presidi (es. grazie alle deospedalizzazioni accelerate e alla maggiore adesione dei pazienti al percorso di cura).

L'infermieri tra le spine. Vuoi per evidenti preoccupazioni di tipo economico, vuoi per non turbare il delicato equilibrio dei rapporti medici-farmacie - indispensabili per condurre a buon fine l'operazione - il testo esclude esplicitamente le prestazioni infermieristiche in farmacia (es. per le vaccinazioni) - questione su cui c'era stata appena pochi giorni fa una decisa alzata di scudi da parte dei medici di famiglia. Resta però lascia aperta la strada a "servizi di secondo livello" rivolti ai "singoli assistiti" da svolgere anche avvalendosi di infermieri, per le quali il cittadino potrà pagare da sé.

Il tutto è destinato ad apparire ancora un po' nebuloso almeno fino al rinnovo della convenzione che disciplina il rapporto delle farmacie con il Ssn e degli accordi regionali attuativi che ne discendono. Con l'occasione il testo chiarisce al tavolo delle trattative la parte pubblica sarà rappresentata dalla Sisac (struttura tecnica interregionale per le convenzioni); assegna voce in capitolo la Fofi (federazione degli Ordini) sul rinnovo dell'accordo e prevede la consultazione congiunta con la Fnom (Ordini dei medici) per tutte le novità riguardanti la collaborazione interprofessionale.

Un ruolo di rilievo lo giocheranno anche gli accordi regionali che dovranno dettare caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche minime in base a cui individuare le farmacie con cui stipulare gli accordi, ovvero stabilire i requisiti richiesti alle farmacie che chiederanno di prender parte alle novità.

Novità in arrivo, infine anche per le farmacie che oggi godono dell'indennità rurale: i criteri per la concessione del beneficio saranno rivisti tenendo conto della popolazione e dell'ubicazione, ma anche di altri parametri di disagio.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

(segue da pag. 6)

le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa. Eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.».

Art. 3

▼ *Accordo collettivo nazionale per le farmacie pubbliche e private*

1. All'articolo 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, dopo il comma 9 sono inseriti i seguenti:

«9-bis. La struttura di cui al comma 9, fermo restando il limite di

autorizzazione di spesa ivi indicato, rappresenta la delegazione di parte pubblica anche per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale per le farmacie pubbliche e private. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul quale è sentita la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo al predetto accordo.

9-ter. Nel rinnovo degli accordi nazionali di cui ai commi 9 e 9-bis, per gli aspetti riguardanti la collaborazione interprofessionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, sono congiuntamente sentite la Federazione

degli Ordini dei farmacisti italiani e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.».

Art. 4

▼ *Disposizioni concernenti le farmacie rurali*

1. All'articolo 2, della legge 8 marzo 1968, n. 221, il primo comma è sostituito dai seguenti:

«L'accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni stabilisce i criteri da utilizzare da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano per la determinazione dell'indennità di residenza prevista dall'articolo 115

del testo unico delle leggi sanitarie approvate con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, in favore dei titolari delle farmacie rurali. I predetti criteri tengono conto della popolazione della località o agglomerato rurale in cui è ubicata la farmacia, nonché di altri parametri indicatori di disagio, in relazione alla localizzazione delle farmacie nonché all'ampiezza del territorio servito.

Fino a quando non viene stipulato l'accordo collettivo nazionale di cui al primo comma, l'indennità di residenza in favore dei titolari delle farmacie rurali continua a essere determinata sulla base delle norme preesistenti.».

2. Il secondo comma dell'articolo 2, della legge 8 marzo 1968, n. 221, è abrogato.

Art. 5

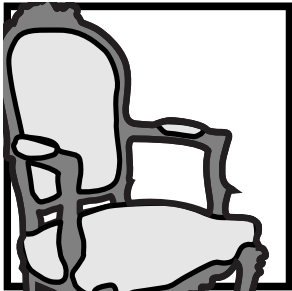
▼ *Utilizzo di denominazioni e simboli*

1. Al fine di consentire ai cittadini un'immediata identificazione delle farmacie operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, l'uso della denominazione «farmacia» e della croce di colore verde, su qualsiasi supporto cartaceo, elettronico o di altro tipo, è riservato alle farmacie aperte al pubblico e alle farmacie ospedaliere.

Art. 6

▼ *Invarianza di oneri*

1. Dalla attuazione del presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. ●



Arriva il via libera definitivo del Cda dell’Agenzia del farmaco all’uso della Ru 486

La pillola abortiva in Italia

Impiego solo in ospedale ed entro la settima settimana di gravidanza

Arriva in Italia la pillola abortiva Ru 486. Dopo una seduta fume il consiglio di amministrazione dell’Agenzia del farmaco (Aifa) ne ha autorizzato, la settimana scorsa, l’immissione in commercio con quattro voti a favore e uno contrario. Il farmaco, già utilizzato in altri Paesi europei, potrà essere impiegato solo in ospedale ed entro il 49° giorno di gravidanza. Oltre questo termine aumentano infatti le complicità rispetto all’aborto chirurgico.

Il Cda dell’Aifa si è avvalso dei pareri del Consiglio superiore di Sanità e ha raccomandato ai medici «la scrupolosa osservanza della legge». La decisione, ha voluto sottolineare l’Aifa in una nota, «rispecchia il compito di tutela della salute del cittadino che deve essere posto al di sopra e al di là delle convinzioni personali di ognuno pur essendo tutte meritevoli di rispetto».

La pillola della discordia sarà disponibile però solo tra qualche mese e sarà dispensata nel pieno rispetto della legge 194, in particolare per quanto riguarda il consenso informato delle pazienti. Ora bisognerà attendere che la decisione dell’Aifa sia pubblicata sulla «Gazzetta Ufficiale», poi si dovrà provvedere a mettere a punto la confezione e il “bugiardino” per l’Italia. Infine servirà anche un protocollo che definisca le procedure per il suo impiego nelle corsie degli ospedali italiani. L’esame dell’Aifa, durato ben 628 giorni, ha superato dunque l’ultimo traguardo dopo che nei mesi scorsi era arrivato il via libera dei tecnici dell’Agenzia sia sulla sicurezza del prodotto che sul prezzo da stabilire per il rimborso. Alla fine sembrano non aver pesato abbastanza sul piatto della bilancia gli ultimi dati che il sottosegretario al Welfare, Eugenia Roccella, ha svelato alla vigilia dell’incontro dell’Aifa. La Roccella la settimana scorsa aveva parlato almeno di 29 morti nel mondo provocate dalla pillola abortiva dal 1988 in poi: numeri questi poco noti, secondo il sottosegretario, e soprattutto non presi in esame dall’Agenzia del farmaco.

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI ULTIMI DATI DELLA RELAZIONE AL PARLAMENTO

Aborti ancora in calo, ma gli obiettori sono il 70%

La legge 194 funziona. In Italia continua a calare il numero degli aborti: nel 2008 sono stati 121.406 segnando una diminuzione del 4,1% rispetto all’anno prima (quando erano 126.562) e addirittura un crollo del 48,3% rispetto al 1982, anno del picco. Lo dicono con grande chiarezza i numeri della relazione annuale al Parlamento sulla legge 194 del 1978, appena presentata dal ministero del Welfare, che registra i dati definiti del 2007 e quelli provvisori del 2008.

Tutti gli indici sono in diminuzione, anche tra le minorenni il calo è netto. In controtendenza, ancora una volta, le immigrate. Continua a salire, infatti, il numero di aborti effettuati da cittadine straniere, attestandosi al 32,2% del totale nel 2007 (nel 2006 la percentuale era del 31,6%). Ma a emergere dalla Relazione è il dato relativo agli obiettori di coscienza, in costante aumento nello Stivale. A dire no all’aborto è il 70,5% dei ginecologi, mentre nel 2005 era il 58,7% e nel 2006 il 69,2%. Stesso discorso, nei medesimi tre anni, per gli anestesisti, fra cui gli obiettori passano dal 45,7% al 52,3%, e per il personale non medico (dal 38,6% al 40,9%). La situazione, poi, varia da Regione a Regione. Percentuali superiori all’80% si osservano tra ginecologi nel Lazio (85,6%), Basilicata (84,1%), Campania (83,9%), Sicilia (83,5%) e Molise.

La situazione Regione per Regione (2007)							
Regione	Ivg	Tasso abortività per 1.000 donne (15-49 anni)	Cittadinanza italiana	Cittadinanza straniera		Ginecologi obiettori	
				Ivg	% (sul totale dei rilevati)	N.	%
Italia settentrionale	58.320	9,6	34.158	23.921	41,2	1.591	64,7
Piemonte	10.444	10,8	6.371	4.073	39,0	295	61,6
V. d'Aosta	306	10,7	221	85	27,8	2	16,7
Lombardia	21.715	9,8	12.258	9.314	43,2	515	65,6
Bolzano	582	5,0	361	221	38,0	21	77,8
Trento	1.284	11,0	893	391	30,5	25	73,5
Veneto	7.009	6,3	3.820	3.128	45,0	360	79,1
Friuli V.G.	2.180	8,2	1.480	666	31,0	75	63,0
Liguria	3.526	10,5	2.213	1.310	37,2	98	56,3
Emilia R.	11.274	11,9	6.541	4.733	42,0	200	53,5
Italia centrale	27.905	10,4	17.001	10.870	39,0	774	71,7
Toscana	8.508	10,5	5.147	3.351	39,4	229	59,6
Umbria	2.119	10,8	1.263	843	40,0	96	73,8
Marche	2.562	7,4	1.470	1.082	42,4	81	60,0
Lazio	14.716	11,1	9.121	5.594	38,0	368	85,6
Italia meridionale	29.046	8,3	24.662	4.101	14,3	901	80,5
Abruzzo	2.513	8,2	1.894	609	24,3	65	75,6
Molise	674	9,1	625	49	7,3	24	82,8
Campania	11.539	7,8	9.728	1.802	15,6	329	83,9
Puglia	10.453	10,4	9.423	916	8,9	321	79,9
Basilicata	696	4,9	623	73	10,5	69	84,1
Calabria	3.171	6,4	2.369	652	21,6	93	72,7
Italia insulare	11.291	6,9	8.706	1.332	13,3	362	74,3
Sicilia	9.044	7,4	6.743	1.058	13,6	264	83,5
Sardegna	2.247	5,5	1.963	274	12,2	98	57,3
Italia	126.562	9,1	84.527	40.224	32,2	3.628	70,5

Ma l’obiezione di coscienza, che sembra dilagare in Italia sul fronte Ivig, «non ha una diretta incidenza nel ricorso all’aborto»,

assicura il sottosegretario Roccella: «In media, i tempi d’attesa tra rilascio della certificazione e intervento sono diminuiti». Oltre la

metà delle donne che abortiscono (il 58% per l’esattezza) lo fanno entro 14 giorni dal rilascio del certificato.

CONFERENZA STATO-REGIONI

Via libera alle convenzioni e alla «Tuc» per la mobilità

Riunione lampo della Stato-Regioni la scorsa settimana per dare il via ad alcuni provvedimenti fermi da mesi per la crisi nei rapporti tra Governo e governatori, ma necessari per la gestione ordinaria delle amministrazioni locali.

Tra questi è arrivato il via libera alla modifica della disciplina di contrattazione della Sisac (v. *Il*

Sole-24 Ore Sanità n. 23/2009) che aumenta i poteri della struttura interregionale, rendendola autonoma dal punto di vista gestionale e contabile e il parere favorevole sulle convenzioni di Mmg, pediatri e specialisti chiuse tra maggio e giugno (v. *Il Sole-24 Ore*

Sanità n. 21/2009).

Via libera poi dalla Conferenza delle Regioni ad alcuni provvedimenti di competenza dei governi locali, anch’essi in stand by da parecchie settimane. Parere favorevole all’accordo con Federterme per l’assistenza termale a carico del

Ssn che conferma le precedenti tariffe e all’abrogazione dell’articolo della legge 27/2006 che prevede l’equipollenza del diploma di laurea in Scienze motorie a quello in Fisioterapia.

E si sblocca infine la nuova Tuc, Tariffa unica convenzionale,

per i pagamenti delle prestazioni erogate in mobilità sanitaria (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* nn. 20 e 23/2009). Le novità riguardano soprattutto l’aggancio della tariffa all’inflazione e la previsione di indicatori per la verifica dell’appropriatezza dei ricoveri erogati in mobili-

tà, che in base al flusso delle Sdo possono consentire di riconoscere le strutture (ospedali o singoli reparti) in cui i comportamenti potenzialmente inappropriati di uno specifico tipo sono sistematici. In sostanza se la Regione di provenienza dovesse scoprire che il ricovero non va, potrà “contestare” la prestazione.

EMERGENZA PANDEMIA

Piano anti-influenza A: deadline al 2 settembre

Si conoscerà il 2 settembre la strategia vaccinale contro l’influenza A. Per quella data, infatti, ministero del Welfare e Regioni pensano di avere chiaro quali coorti di cittadini vaccinare per primi, quando e secondo quali modalità.

La deadline è stata fissata mercoledì scorso, durante due successivi incontri - il primo a carattere più strettamente politico e l’altro tecnico - cui hanno partecipato il sottosegretario alla Salute **Ferruccio Fazio**, assessori e tecnici regionali, esperti dell’Unità anti-crisi e operatori sanitari. Protagonisti di “tavoli” che fino a oggi sono rimasti separati, e che proprio per l’emergenza pandemia, alle porte anche in Italia, devono stringere i tempi e coordinare gli interventi. Per tutto il mese di agosto quindi tecnici regionali e Unità di crisi lavoreranno: l’obiettivo è uniformare gli interven-

ti e fissare criteri vaccinali comuni.

Cruciale il ruolo della medicina del territorio, con Mmg e pediatri in prima linea nell’assistenza a domicilio ai pazienti meno gravi. E non si scartano anche ipotesi mutuabili da altri sistemi sanitari: come le consulenze a distanza adottate in Gran Bretagna per ridurre l’esposizione al contagio degli operatori e per evitare affollamenti negli studi. In arrivo anche il potenziamento della rete di medici-sentinella; ma i professionisti del territorio si sono candidati anche a vaccinare loro stessi la popolazione. Tutta da definire ma necessaria la strategia di coordinamento tra territorio e ospedale, dal momento che il pronto soccorso rischiano di essere presi d’assalto. E anche per evitare l’effetto-panico sarà opportuno definire una strategia di comunicazione omogenea su tutto il territorio.

Sanità

GRUPPO24ORE

Direttore responsabile: ELIA ZAMBONI
Coordinatore editoriale: ROBERTO TURNO
Redazione: Marzio Bartoloni (vice capo servizio); Paolo Del Bufalo (capo servizio); Barbara Gobbi; Manuela Perrone; Sara Todaro (capo servizio)
redazione.sanita@ilssole24ore.com

Registrazione testata: Tribunale di Milano n. 679 del 7/10/98
Proprietario ed editore: Il Sole 24 ORE Spa
Presidente: Giancarlo Cerutti
Amministratore delegato: Claudio Calabi
Sede legale: Via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano
Redazione: P.zza dell’Indipendenza, 23 B, C - 00185 Roma - Tel.: 0630226656 - Fax: 0630226484; redazione.sanita@ilssole24ore.com
Stampa: Il Sole 24 Ore - Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km 68,700 - 67061 Carsoli (Aq)
Abbonamenti: Il Sole 24 ORE Sanità (settimanale + on line) euro 169,00; per conoscere le altre tipologie di abbonamento ed eventuali offerte promozionali, contatti il Servizio Clienti (tel. 02.3022.5680 oppure 06.3022.5680; mail: servizio-clienti.periodici@ilssole24ore.com). Gli abbonamenti possono essere sottoscritti telefonando direttamente e inviando l’importo tramite assegno non trasferibile intestato a: Il Sole 24 ORE S.p.A., oppure inviando la fotocopia della ricevuta del pagamento sul c.c.p. n. 31481203. La ricevuta di pagamento può essere inviata anche via fax allo 02.3022.5406 oppure allo 06.3022.5406. Per abbonarsi via internet consultare il sito www.shopping24.it. I numeri non pervenuti potranno essere richiesti entro due mesi dall’uscita del numero stesso via fax al n. (prefisso 02 o 06) 3022.5400; via e-mail: servizioclienti.periodici@ilssole24ore.com; via internet: <http://utilities.ilssole24ore.com/periodici>
Arretrati: € 4,65 per copia (spese di spedizione incluse). Per richiedere le copie effettuare il versamento sul conto corrente postale 31481203 e spedire copia della ricevuta via fax al n. (prefisso 02 o 06) 3022.5402. I numeri non pervenuti potranno essere richiesti entro due mesi dall’uscita del numero stesso via fax al n. (prefisso 02 o 06) 3022.5400; via e-mail: servizioclienti.periodici@ilssole24ore.com; via internet: <http://utilities.ilssole24ore.com/periodici>
Servizio clienti: Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km. 68,700 - 67061 Carsoli (AQ). Tel. (prefisso 02 o 06) 3022.5680 - Fax (prefisso 02 o 06) 3022.5400 e-mail: servizioclienti.periodici@ilssole24ore.com
Pubblicità: Il Sole 24 ORE Business Media Srl - Sede legale: Via Goito, 13 - 40126 Bologna - tel. 023022.3387 Fax. 023022.4036 - e-mail: adv.nuovisettori@ilssole24ore.com
Tariffa pubblicitaria: Pagina intera colore € 8.700,00, b/n € 6.500,00; Junior page colore € 6.000,00, b/n € 4.400,00; Mezza pagina colore € 5.200,00, b/n € 4.000,00; Quarto di pagina colore € 2.900,00, b/n € 1.900,00; Ottavo di pagina colore € 1.900,00, b/n € 1.600,00; Piede di pagina colore € 3.500,00, b/n € 2.200,00; Manchette € 5.700,00; Finestrella € 4.900,00; Doppia pagina passante € 15.600,00; Ultima pagina € 11.500,00; Inserto € 13.400.

© Copyright Il Sole 24 ORE Spa.
Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questo periodico può essere riprodotta con mezzi grafici e meccanici quali la fotocopione e la registrazione. Manoscritti e fotografie, su qualsiasi supporto veicolati, anche se non pubblicati, non si restituiscono.

Scatta il semestre Ue guidato dalla Svezia: priorità alla direttiva sulla mobilità dei pazienti

Cure all'estero, avanti tutta

E sui nodi più spinosi del pacchetto farmaceutico si cerca la mediazione



Cure all'estero, "pacchetto farmaceutico", sviluppo dell'e-health. È su questi aspetti che si concentrerà la presidenza di turno svedese della Ue. La Svezia guiderà i lavori del Consiglio dei ministri dei Ventisette fino al 31 dicembre di quest'anno. Le priorità sono state stabilite in stretto coordinamento con Francia e Repubblica Ceca - che hanno guidato il Consiglio nell'ultimo anno - e con la Spagna, che riceverà il testimone all'inizio del 2010, in modo da garantire la piena continuità negli interventi.

La presidenza svedese promuoverà innanzitutto i negoziati sulla proposta di direttiva sulle cure transfrontaliere, approvata dalla Commissione nel luglio del 2008. Al centro delle trattative c'è la spinosa questione delle condizioni per l'accesso ai rimborsi delle spese sostenute dai pazienti all'estero. Ma affinché i cittadini comunitari possano ricevere prestazioni sanitarie in altri Paesi sarà anche necessario sviluppare dei metodi semplici e sicuri per il trasferimento dei dati anagrafici e clinici.

L'e-health è pertanto un altro dei settori chiave in cui la presidenza intende rafforzare la cooperazione tra gli Stati membri definendo gli ambiti di intervento e mostrando il valore ag-

giunto degli investimenti nella Sanità elettronica.

Sotto i riflettori anche il "pacchetto farmaceutico", composto da tre proposte della Commissione sulla farmacovigilanza, la comunicazione delle aziende al pubblico sui medicinali soggetti a prescrizione, e la lotta alla contraffazione e alla distribuzione illegale.

La presidenza favorirà i negoziati sul pacchetto, che in alcune parti - come quella relativa all'informazione sui medicinali che rischia di sconfinare nella pubblicità - è oggetto di forti controversie.

Sempre in ambito farmaceutico la presidenza di turno svedese intende dare inizio a un processo per incrementare la cooperazione degli Stati membri sulla valutazione, successiva all'approvazione, degli effetti dei prodotti medicinali. Una cooperazione che dovrebbe condurre a un uso dei farmaci sempre più in linea con i bisogni del paziente.

Tra le altre sfide che saranno affrontate a Stoccolma da qui alla fine dell'anno - oltre alla pandemia di influenza A - c'è quella della diffusione della resistenza agli antibiotici. Un problema che nel corso degli anni sta assumendo un rilievo sempre maggiore mentre al contrario la ricerca e lo svi-

luppo di nuovi antibiotici si stanno riducendo. La Presidenza svedese punta sul lancio di incentivi per lo sviluppo di antibatterici più efficaci.

La prevenzione dei danni legati all'abuso degli alcolici costituisce un'altra priorità del semestre di presidenza della Svezia che supporterà l'implementazione della strategia europea sull'alcol e l'istituzione di attività preventive a lungo termine sia a livello nazionale che comunitario.

Sul fronte della terza età la presidenza di Stoccolma punta ad aumentare le opportunità per invecchiare in salute e in maniera dignitosa. Dato che l'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle sfide più importanti per il Vecchio continente il tema sarà posto nell'agenda dell'Unione europea in una prospettiva di lungo termine.

Oltre a un migliore coordinamento e alla cooperazione tra gli Stati membri sulle questioni che riguardano la salute degli anziani verranno evidenziate le best practice adottate dai Ventisette.

Le diverse tematiche saranno affrontate all'interno del Consiglio «Occupazione, politica sociale, salute e consumatori» (Epc) di Bruxelles e in specifici gruppi di lavoro oltre che in conferenze e meeting in Svezia.

Giuseppe Di Marco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VARATO IL PACCHETTO NORMATIVO

Sistemi sociali Ue più coordinati

Assistenza sanitaria e previdenziale più facile per chi si muove nei Paesi dell'Unione europea per turismo, studio o lavoro. L'innovazione è contenuta in un pacchetto approvato da Consiglio e Parlamento Ue che consentirà da marzo 2010 un migliore collegamento di tutti i regimi nazionali di sicurezza sociale.

«Una modernizzazione essenziale nell'attuale situazione di crisi e incertezza per gli europei», commenta Bruxelles. Con le nuove regole, puntualizza la Commissione, non si offrono nuovi diritti in materia di sicurezza sociale, ma piuttosto la garanzia a tutti di preservarli anche spostandosi da un Paese all'altro dell'Unione.

Sarà infatti possibile avere una copertura ininterrotta assistenziale o previdenziale anche con il passaggio da una legislazione di uno Stato membro all'altro che hanno sistemi molto diversi tra loro. Il tutto per facilitare la mobilità nei Ventisette. Oggi solo il 2 per cento de-

gli europei si sposta per motivi di lavoro da uno Stato membro all'altro, una cifra che in termini assoluti è pari a circa 10 milioni e mezzo di persone, a cui si aggiungono più di un milione di lavoratori transfrontalieri.

Dalla loro introduzione, cinque anni fa, sono state distribuite oltre 180 milioni di carte europee di assistenza malattie, pari al 36 per cento della popolazione Ue, pressoché la totalità in Italia. Con il coordinamento tra i diversi Stati è quindi già possibile avere accesso alle cure necessarie in caso di incidenti o malattia anche in un Paese diverso da quello d'origine, senza dover pagare i servizi se non quelli già previsti come a pagamento dal sistema sanitario locale.

Con un coordinamento più stretto, assicura Bruxelles, queste opportunità avranno una ulteriore diffusione con pratiche più rapide e facili, a beneficio dei lavoratori e delle loro famiglie.

FRANCIA

Anziani, Comuni protagonisti nell'assistenza

Il rapporto firmato da **Pierre Laroche** l'aveva predetto già nel 1962: in Francia l'invecchiamento della popolazione prenderà sempre più piede. Tanto che, nel 1960, gli over 60 rappresentavano il 16,7% del totale. E, nel corso degli anni, i numeri sono andati aumentando, come ha spiegato il ministro della Salute, **Roselyne Bachelot**: «Quasi 10 milioni di persone, avranno più di 65 anni l'anno prossimo, ossia il 16% della popolazione. Senza contare che, tra i nostri concittadini, si registra una quota crescente di centenari, 6mila oggi, e 150mila quelli previsti nel 2050».

Così il ministero è corso ai ripari. Varando agli inizi del 2007 il piano «Bien vieillir 2007-2009» per accompagnare l'invecchiamento attraverso misure efficaci di prevenzione e sostegno. Ora, però, la strategia ministeriale entra nel vivo. Perché nei giorni scorsi il dicastero della Salute e il sottosegretario di Stato con delega alla terza età, **Nora Berra**, hanno lanciato l'etichetta «Invecchiare bene - Vivere insieme»: uno dei nove assi del progetto che sancisce la collaborazione tra Governo e territorio.

Per ottenere il riconoscimento ogni Comune dovrà mettere a punto un piano in cinque anni che avrà un referente ad hoc. Cui spetterà anche coordinare i diversi servizi dell'amministrazione. Dopo aver presentato la propria candidatura, il Comune sarà chiamato quindi a rispettare un ruolino di marcia assai stringente che prevede, come primo passo, un monitoraggio del territorio. Obiettivo: tracciare un bilancio delle risposte già esistenti, dall'edilizia pubblica ai trasporti, dall'inclusione sociale ai servizi sanitari. E, par-

tendo da questa fotografia, predisporre un piano triennale. I cui risultati dovranno essere monitorati costantemente e comunicati al ministero. «Questa etichetta - ha detto il sottosegretario Berra - servirà ad anticipare il futuro per assicurare ai nostri anziani la migliore qualità di vita possibile nelle città. Spetta al Governo, agli eletti, alle associazioni, agli specialisti, agli organismi internazionali, rispondere alla sfida dell'invecchiamento demografico».

Il piano ministeriale cerca però anche di imprimere un'ac-

celerazione sul fronte della prevenzione delle patologie legate all'invecchiamento e della promozione di comportamenti più corretti in materia di alimentazione e attività fisica. Un tassello, quest'ultimo, giudicato cruciale dal ministero della Salute, che vuole rafforzare la presa in carico della terza età. Partendo ovviamente dalla profilassi. Non a caso il comitato nazionale, presieduto da **Jean-Pierre Aquino** e incaricato di supervisionare l'attuazione del piano, ha affidato a un gruppo di lavoro ad hoc il compito di elabora-

re il cosiddetto "consulto di longevità" destinato ai francesi di età compresa tra 50 e 60 anni. Un check di controllo e prevenzione che, nelle intenzioni del ministero, dovrà anche servire a preparare l'uscita dal mercato del lavoro. «L'obiettivo - ha chiarito Bachelot - è raggiungere quella fascia di popolazione tradizionalmente lontana dalle campagne classiche di screening». Così, entro la fine dell'anno, partirà una sperimentazione in quattro dipartimenti. Per poi estendere il percorso, nel 2010, a tutto il territorio.

Celestina Dominelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COMMISSIONE EUROPEA

Over 65, servizi domiciliari sotto esame

Cure domiciliari per gli anziani a caccia di qualità. Si chiama Hcc - «Quality care for quality aging: European indicators for home health care» - il progetto europeo guidato dalla Regione Veneto. Con un duplice obiettivo: sviluppare un set di indicatori di monitoraggio e valutazione della qualità erogata all'interno del sistema di assistenza a domicilio e implementare interventi innovativi per curare a casa gli anziani non autosufficienti.

L'iniziativa - varata da Bruxelles nell'ambito del programma comunitario Progress, dedicato all'occupazione e alla solidarietà sociale - durerà venti mesi e può contare su un finanziamento di

396.470 euro, 300mila dei quali stanziati dalla Commissione Ue, gli altri da dividere tra tutti i partner: oltre al Veneto, per l'Italia figurano anche la Basilicata, Synergia Srl e il Centro d'iniziativa europea, insieme con altri enti belgi, francesi, tedeschi, spagnoli, greci e finlandesi.

A marzo (delibera n. 530/2009) la Regione Veneto ha approvato la convenzione per la realizzazione del progetto, affidandone la realizzazione all'Aulss 10 Veneto Orientale. Che deve occuparsi anche della gestione amministrativa-contabile e della suddivisione

dei fondi.

La ratio del lavoro è intuitiva: gli europei invecchiano, e velocemente. Se nel 2008 la popolazione di over 65 nel Vecchio Continente era intorno al 20%, nel 2050 è prevista arrivare ad almeno il 30% e renderebbe l'Europa il luogo più "anziano" del mondo. Un dato allarmante, specie per i Paesi in cui la famiglia è il più importante, se non l'unico, care giver. Uno scenario che impone - spiegano gli autori del progetto - una riorganizzazione dei modelli di Welfare nell'ottica di assicurare agli anziani non autosufficienti

cure appropriate ed efficaci.

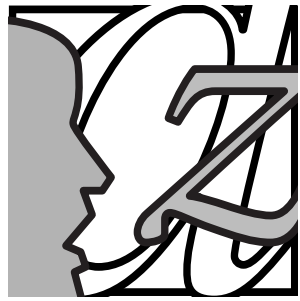
L'assunto di partenza è che debbano essere i servizi sociali il perno attraverso cui agire. Con varie leve: residenze, cure domiciliari, contributi economici e così via. Hcc punta dunque a focalizzare l'attenzione sulla sola assistenza domiciliare, sociale e sanitaria, rivolta agli anziani. Molteplici gli step del progetto: in primo luogo si procederà a un'analisi dei trend sociodemografici e dell'evoluzione delle condizioni degli anziani nei singoli Paesi partner, affiancandola a un'indagine sulle legislazioni nazionali e comunitaria

in materia di cure domiciliari. Verrà tracciato poi un "album trasnazionale" delle buone pratiche e delle linee guida esistenti, dal quale si prenderà spunto per costruire un set di indicatori utili a monitorare e valutare l'assistenza a casa. Un rapporto finale illustrerà i risultati e servirà per diffondere risultati ed esperienze.

«Centrale - spiega l'assessore veneto alle Politiche sociali, **Stefano Valdegamberi** - è il miglioramento della capacità del sistema di long term care di supportare le famiglie con componenti fragili per alleggerirne il carico».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Presentati i risultati di uno studio sostenuto dalla Federazione italiana gioco calcio

Sla, il mondo del pallone spera

Scoperta una mutazione: geni e ambiente interagiscono - Ma i dubbi

DI MANUELA PERRONE

Il simbolo è **Gianluca Signorini**, l'amato capitano del miglior Genoa del dopoguerra, stroncato nel 2002 a soli 42 anni. Ma i calciatori italiani che come lui e con lui dal 1973 a oggi - la prima vittima è stata **Armando Segato**, ex centrocampista di Cagliari, Fiorentina e Udinese - hanno condiviso e perso la battaglia contro la sclerosi laterale amiotrofica o morbo di Lou Gehrig (dal nome del giocatore statunitense di baseball che morì nel 1941 sulla cui vita venne realizzato il film "L'idolo delle folle") sono certamente più di 40. Noti e meno noti. Un dolore che avvelena il mondo del pallone, mette in moto la magistratura (il procuratore di Torino, **Raffaele Guariniello**, indaga da anni sui decessi sospetti) e presta il fianco a supposizioni e illazioni: c'è qualcosa sui campi che fa ammalare? il doping? i traumi? i pesticidi e i diserbanti usati per mantenere l'erba? oppure ancora è il cocktail micidiale di tutti questi fattori a scatenare la malattia, che colpisce i motoneuroni fino a paralizzare tutto il corpo come Welby e Coscioni hanno tragicamente mostrato?

Coinvolto il recettore per l'acetilcolina

La Federazione italiana gioco calcio si è mossa per capire. Otto mesi fa ha istituito una commissione scientifica ad hoc, coordinata da **Paolo Zeppilli**, direttore della scuola di specializzazione in Medicina dello sport all'Università Cattolica di Roma. Con un budget di tutto rispetto: 250mila euro, 100mila dei quali provenienti da una multa comminata al presidente del Genoa, **Enrico Preziosi**. I fondi sono stati dirottati su un team di ricercatori italiani, guidati da **Mario Sabatelli**, neurologo del Policlinico Gemelli e componente della commissione. E il frutto del loro lavoro - uno studio appena pubblicato sulla rivista "Human Molecular Genetics" - è stato illustrato a Roma il 27 luglio.

Centrale per scagionare il calcio in sé e per sé come fattore scatenante della Sla (ma chi aveva mai pensato che giocare semplice-

mente a pallone facesse ammalare?) è il risultato ottenuto: nei malati di Sla sono più numerose le mutazioni nei geni del recettore per l'acetilcolina, che provocano un aumento degli ioni calcio nelle cellule. «È stato individuato uno dei meccanismi che provocano la Sla», afferma **Sabatelli**. Plausibile «perché ci sono vari studi che dimostrano come un eccesso di calcio nelle cellule nervose sia responsabile di processi di degenerazione».

Non solo. Zeppilli spiega l'altra conseguenza dello studio: «La scoperta della mutazione, avvenuta valutando 245 pazienti, ci ha permesso di trovare un modello reale, finora solo teorico, di interazione tra fattori genetici predisponenti e ambiente. I recettori possono infatti essere bersaglio di molte sostanze ambientali, come nicotina, pesticidi e tossine batteriche». E i farmaci, gli antinfiammatori in particolare, più volte sul banco degli imputati? A domanda precisa Zeppilli risponde: «È possibile che possano interagire con i recettori, ma non sappiamo quali».

Quello che il coordinatore della commissione tiene però a sottolineare è che «il calcio non fa venire la Sla», perché il morbo «è

determinato da più fattori». Una tesi avallata da **Mario Melazzini**, l'oncologo della Fondazione Maugeri di Pavia colpito dalla malattia e presidente dell'Aisla, che ricorda l'elevata incidenza della patologia anche in altre categorie di lavoratori, come agricoltori e meccanici saldatori.

Nessuno si illude che basti questo studio. Bisognerà fame seguire altri, «lunghe e complessi», creando un modello sperimentale su animali cavia. E occorrerà impegnarsi per sviluppare una terapia che possa spezzare il meccanismo, interrompere il decorso fatale. Un iter che costa. «Pensiamo di essere in grado di seguire questi ritmi di ricerca», dice il presidente federale **Giancarlo Abete** garantendo che saranno messe a disposizione «tutte le risorse che potremo drenare», anche cercando ulteriori alleanze. **Piero Volpi**, ex calciatore, consulente medico dell'Aic e responsabile del Centro di traumatologia dello sport al Galeazzi di Milano, ammette la preoccupazione diffusa ma rileva pure che «la Sla resta molto rara e che nessuno dice mai che tra i calciatori ci sono meno decessi per tumori e malattie cardiologiche».

Ciò non toglie che il problema



esiste. **Nicola Vanacore**, ricercatore dell'Istituto superiore di Sanità, ricorda che le due perizie epidemiologiche volute dalla Procura di Torino negli anni Novanta parlano chiaro: il follow up della prima, condotto al 2006 da **Gabriele Mora**, della Fondazione Maugeri di Pavia, e da **Adriano Chiò**, del Dipartimento di neuroscienze di

Torino, una vita spesa a fare assistenza e ricerca contro la Sla, ha confermato per i calciatori professionisti un rischio di ammalarsi di Sla sei volte maggiore della popolazione generale (7.325 i giocatori seguiti della serie A e B, attivi dal 1970 al 2001; 8 i casi di malattia osservati); la seconda, ferma al 1996 e condotta da **Stefano Belli**

LE INTUZIONI DEL DOCUMENTO FNOM

«Biotestamento, l'autodeterminazione vinca sempre»

DI GUIDO TUVERI *

Nel dibattito sul cosiddetto "testamento biologico", e sulle posizioni rigidamente contrapposte tra le parti in campo, si è inserita la voce, peraltro molto attesa quantomeno all'interno della classe medica, della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FnomCeo). Recentemente, infatti, e precisamente nella riunione del 13 giugno a Terni, il Consiglio nazionale della FnomCeo ha prodotto un documento ufficiale sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat).

Si tratta di un documento di ampio respiro, che induce una serie di riflessioni sia in ambito generale che in specifici aspetti di alcune discipline, tra le quali l'oncologia. Pur muovendosi in conseguenza del dibattito sul testamento biologico, riesce a fare un passo indietro e prende avvio dalla visione generale del rapporto medico-paziente, definendo centrale l'alleanza terapeutica fra loro, ponendone come elemento fondante l'autonomia decisionale del cittadino e riconoscendone a pieno il principio della sua autodeterminazione.

Il documento, poi, riconosce il «principio di autonomia e responsabilità del medico, che può sottrarsi a quella relazione di cura di cui non condivide le prospettive tecnico-professionali in ragione di scienza e/o quelle etiche». Questo passaggio può rappresentare un problema, sembra effettivamente una contraddizione rispetto al riconoscere l'autodeterminazione del paziente. È una criticità probabilmente insuperabile, se il rapporto tra ammalato e medico non è basato sulla approfondita conoscenza e sulla reciproca totale fiducia. La domanda che ci si pone è sino a che punto possa il medico cercare di persuadere il malato sulla opportunità di proseguire un trattamento, e a cosa debba fare appello un ammalato che non desideri più alcuna terapia.

Da lungo tempo è maturata nell'area oncologica la profonda convinzione che il medico, ma direi tutto il team oncologico, e il paziente siano i protagonisti di una sinergia che motiva e gratifica il team anche negli aspetti emozionali, e rassicura

l'ammalato rendendolo attivo e partecipe. Così sono nate e si sviluppano le scuole di pensiero che fanno della buona comunicazione e della buona accoglienza una bandiera cui non si può più rinunciare. Meriti importanti in questa nuova condizione hanno avuto e hanno tuttora le associazioni dei pazienti e dei familiari, che a dispetto della crescente e non disinteressata conflittualità in campo sanitario hanno preferito porsi su un piano di collaborazione e di condivisione, che sta portando a un convinto rispetto dei reciproci diritti e doveri.

I progressi, lenti ma importanti, che la terapia dei tumori ha fatto registrare in questi ultimi anni e l'innegabile guadagno in termini di quantità di vita che per alcuni importanti tumori si sono ottenuti inducono frequentemente il medico a proporre al paziente ripetute linee di nuovi trattamenti, man mano che la malattia progredisce. Così è divenuta routine l'applicazione di terze, quarte, quinte linee di terapia, che non di rado assurgono a livello scientifico a dimostrare benefici di sopravvivenza dell'ordine di alcune settimane.

Il dibattito su questo aspetto è sempre presente anche nei convegni medici, e tende sempre più spesso a venire giustificato con la scarsa propensione del medico a comunicare, dolorosamente ma con franchezza, che la medicina non può offrire sempre una risposta in termini di cura, e che una buona terapia palliativa può offrire un accettabile controllo dei sintomi liberando l'ammalato e la famiglia dalla necessità del ricorso frequente all'ospedale per le terapie, e dall'ansia di una risposta terapeutica che nella maggior parte di questi specifici casi non vi sarà o sarà modestissima.

E non importa, qua è il caso di ribadirlo, quanto costerebbe questa terza o quarta o quinta linea; non è un problema di risorse, ma di appropriatezza di intervento.

È adeguato e illuminante, su questo punto, il documento della FnomCeo laddove precisa che

non vi è abbandono terapeutico se il nuovo progetto di cura non è in grado di migliorare la malattia o la qualità di vita. Questo passaggio è molto importante per le nostre coscienze di oncologi: quando i trattamenti non hanno dato l'esito sperato, quando la malattia è in progressione, quando non vi sono speranze concrete che un ulteriore trattamento possa portare un beneficio apprezzabile, evitare di porre in campo ulteriori linee di terapia non vuol dire abbandonare il malato. Però, attenzione: in questi casi, abbandoniamo il malato se non gli proponiamo una terapia di supporto, se non gli offriamo un punto di riferimento, se lo rinviando genericamente al suo medico curante senza un programma quanto meno di controllo nel tempo. C'è sempre qualcosa da fare, anche quando "non c'è più niente da fare".

Naturalmente il punto centrale del documento non è rappresentato dal paziente critico, ma ancora in grado di esprimere una volontà; la questione è il paziente divenuto «incapace di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici compresi quelli idonei a supportare nel tempo la condizione di totale e irreversibile perdita di coscienza di sé e assoluta incapacità di relazione con l'ambiente».

Questo aspetto nell'area oncologica è decisamente meno rilevante rispetto ad altri: l'ammalato di tumore che si aggrava al punto da perdere coscienza irreversibilmente ha davanti a sé una aspettativa di vita limitata, in termini di tempo, però pochi o tanti che siano questi pazienti, riconoscere il loro diritto alla autodeterminazione è un segno di rispetto fondamentale. Pur volendo tenere nel massimo conto i principi etici di ciascuno, tra il malato che soffre di una infermità irreversibile, non solo tumorale, e il medico che ne condivide le sofferenze, non dovremmo dimenticare mai che per "noi" è lavoro, e per "loro" è la vita che finisce: fra l'autodeterminazione del paziente e l'autonomia del medico, chi deve venire incontro all'altro non è certo il paziente.

* Past president

Collegio italiano primari oncologi ospedalieri

LA DENUNCIA

Pianeta salute,

DI GIANNI

Il pianeta salute è da ritenersi uno dei più importanti fra quelli frequentati dagli esseri umani. Non è il più rilevante per il solo fatto che in esso va a collocarsi quella parte di umanità che, di volta in volta, patisce un malanno (i pazienti), salvo a venire fuori a problema in qualche modo superato o per morte sopravvenuta. Il sopravvissuto tende a rimuovere il periodo critico, non piacevole, per tornare alle sue normali consuetudini, egli dimentica di buon grado le affezioni patite o sopporta al meglio l'eventuale cronicità.

È probabilmente per queste ragioni che non sono nati i sindacati dei pazienti, ovviamente di destra, di sinistra o di centro, quasi che le patologie avessero vaghezza di colorarsi politicamente. Ed è anche per i medesimi motivi che le loro opinioni non sono mai ascoltate, all'interno di quel settore Sanità in cui si organizzano le prestazioni utili a sanare i sofferenti. Nel comparto, il paziente viene definito «centrale», ma solo quale oggetto di cura. Infatti i gestori politici e amministrativi del sistema, quando si tratta di delineare strategie (si fa per dire) e scelte coinvolgenti si rivolgono, non sempre peraltro, al curatore; mai al curato o a una sua eventuale rappresentanza.

Risultato: nel pianeta in cui la presenza del paziente giustifica la nascita e il perdurare del pianeta stesso e di tutto quanto attorno a esso si avvia, si muove e orbita, il paziente non conta e non "canta". Non ha alcuna voce in capitolo. Al massimo ai suoi familiari spetta l'oneroso compito di tutela, qualora la Sanità si riveli "mala". Se i pazienti potessero aver voce, forse qualcosa la chiederebbero e forse più d'una. Per esempio chiederebbero, in primis, di essere ascoltati, come soggetti e come organizzazioni da essi in qualche modo configurate.

Per esempio potrebbero chiedere che il sistema Sanità, che si occupa di sanare, lo faccia sulla base di politiche di medio-lungo periodo. È inverosimile ben poco credibile applicare a un settore così delicato, nel quale sono in gioco la salute e la stessa vita dell'essere umano, scelte estemporanee indotte da transizioni economico-finanziarie che nulla hanno a che spartire con la funzionalità effettiva della Sanità.

Chiederebbero, infatti, perché a ogni spirare di Finanziaria si debba concludere sempre con il colpire il settore sanitario e quello pensionistico, quasi che tutto il male derivi da una maggiore speranza di vita e da una migliore qualità della medesima. Chiederebbero perché il bisturi della legalità non

sulla sclerosi laterale amiotrofica e fa ricerca su doping e pesticidi restano



dell'Iss con Vanacore, su 24.000 calciatori professionisti che hanno militato in serie A, B e C dal 1960 al 1996, ha documentato un rischio di morte di circa 12 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Due ulteriori indagini condotte su 1.700 ciclisti e su 1.971 giocatori di basket non hanno evidenziato alcun caso (e que-

sto sembrerebbe scagionare il doping), ma le coorti sono troppo ristrette per emettere un giudizio definitivo.

Lo stesso Vanacore, in un articolo recente scritto con Belli e pubblicato su «Epidemiologia & Prevenzione» (gennaio-febbraio 2009), ritiene «auspicabile che la magistratura e la comunità scientifica trovino un punto di equilibrio tale che ognuno persegua i propri legittimi obiettivi». «In particolare - aggiunge il ricercatore - da un lato la magistratura continuerà a condurre le sue indagini, mentre dall'altro la comunità scientifica potrebbe disporre della storia clinica e lavorativa di tutti i casi noti di calciatori professionisti affetti o deceduti per Sla e potrebbe continuare ad aggiornare i follow-up delle coorti finora identificate». Il messaggio è scontato: l'unione fa la forza. Un gruppo di studio multidisciplinare aperto a «clinici, epidemiologici, genetisti, farmacologi, ricercatori di base e medici sportivi», promosso dal ministero del Welfare, sarebbe il non plus ultra. Tutto sta nel verificare se c'è la volontà di attivarlo. La volontà di chiarire i lati che rimangono oscuri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sorpresa: l'Epo potrebbe essere efficace per curare la malattia

DI GIUSEPPE LAURIA *

La sclerosi laterale amiotrofica (Sla) è una gravissima malattia neurodegenerativa che determina una progressiva riduzione della massa muscolare e della forza, conducendo a un deficit funzionale che nel corso di pochi anni causa la perdita dell'autonomia motoria e delle funzioni di deglutizione, fonazione e respirazione in persone che mantengono abitualmente integre le capacità cognitive. L'incidenza della Sla (numero di nuovi casi/anno) è di circa 3 per 100.000 abitanti e in Italia la malattia affligge attualmente circa 4.000 malati. Le cause restano sostanzialmente ignote, così come non è nota la ragione per la quale essa si presenti coinvolgendo distretti differenti, quali i muscoli bulbari, respiratori o degli arti. Nella maggior parte dei casi la malattia si presenta in forma sporadica; meno del 10% dei casi è familiare. Ciononostante, il ruolo di fattori genetici è probabilmente destinato a divenire sempre più importante, come avvenuto per la malattia di Parkinson. Un recente studio ha dimostrato che un polimorfismo del gene KIFAP3 è associato a una sopravvivenza di 14 mesi superiore in pazienti con forma sporadica di Sla.

La malattia resta a oggi invariabilmente fatale: l'unico trattamento prescrivibile dai neurologi, il riluzolo, è in grado di determinare unicamente un rallentamento del suo decorso. Molti studi sviluppati negli ultimi anni con diverse molecole hanno avuto risultati deludenti.

Una recente ricerca condotta presso la Fondazione Irccs Istituto neurologico Carlo Besta di Milano ha analizzato in modo preliminare la tollerabilità e l'efficacia dell'eritropoietina, un farmaco anti-anemia, nei pazienti affetti dalla Sla. L'eritropoietina, nota con l'abbreviazione Epo per l'uso improprio come doping nei ciclisti professionisti, è stata oggetto negli ultimi anni di molti studi sperimentali in quanto ha dimostrato di possedere importanti proprietà neuroprotettive. In modelli animali di malattie neurodegenerative e tossiche, come la neuropatia diabetica e le neuropatie indotte da chemioterapici, l'Epo è stata in grado di contrastare l'apoptosi delle cellule neuronali e la degenerazione assonale. Ulteriori ricerche hanno suggerito che l'Epo ha una funzione neuroprotettiva endogena, esaltata dalla somministrazione della forma ricombinante umana (rhEpo). La sua concentrazione nel liquor dei pazienti con Sla è più bassa rispetto a quella riscontrata in pazienti affetti da altre malattie neurodegenera-

tive ed è inversamente proporzionale alla rapidità del decorso della malattia.

Queste le basi che hanno portato a disegnare uno studio pilota nella Sla. La ricerca, da me condotta, ha coinvolto 23 pazienti con la forma sporadica di Sla ed è durata due anni. Il protocollo di studio ha compreso 12 pazienti trattati con Epo in aggiunta al riluzolo e 11 pazienti trattati unicamente con riluzolo. Lo studio, pubblicato sulla rivista «Amyotrophic Lateral Sclerosis», organo ufficiale del gruppo di ricerca sulle malattie del motoneurone della Federazione mondiale di neurologia, ha fornito due informazioni importanti. La prima: la somministrazione di Epo in pazienti non anemici è stata ben tollerata e non ha causato effetti collaterali. La seconda: Epo può essere considerato un farmaco potenzialmente utile, la cui efficacia è ragionevole sia analizzata in uno studio di maggiori dimensioni.

Per quanto riguarda l'efficacia sulla malattia, il piccolo numero di pazienti non permette di esprimere valutazioni conclusive, ma solo di avanzare ipotesi. L'obiettivo dello studio era confrontare i due gruppi di pazienti relativamente a sopravvivenza e necessità di tracheotomia per insufficienza respiratoria avanzata. La differenza, benché statisticamente non significativa, si è rivelata interessante. Infatti, dopo due anni di terapia, otto pazienti su 11 nel gruppo di trattamento con solo riluzolo sono deceduti o hanno avuto necessità di tracheotomia rispetto a soli 4 pazienti su 12 nel gruppo di trattamento con Epo. Lo studio è stato completamente finanziato dall'Istituto neurologico Carlo Besta nell'ambito del programma di ricerca clinica indipendente sostenuto dalla direzione scientifica.

Il prossimo obiettivo è sviluppare uno studio multicentrico italiano che coinvolgerà 160 pazienti e che si avvierà entro la fine del 2009. È infatti indispensabile che i risultati dello studio preliminare siano confermati da uno studio clinico che abbia la potenza sufficiente per definire in modo conclusivo se Epo è in grado di modificare in senso positivo il decorso della Sla. Lo studio avrà un costo di oltre un milione di euro e sarà in parte sostenuto dall'Istituto Carlo Besta.

* *Unità operativa Malattie neuromuscolari e neuroimmunologia Istituto neurologico Carlo Besta - Irccs Milano*

DI CONACUORE

pazienti esiliati

SPINELLA *

riesca a tagliare alla radice la predazione e lo spreco, cioè la vera mala pianta dell'illegalità così diffusa nella geografia sanitaria del Paese.

Domanderebbero perché ci si rifugi in modo ricorrente e controproducente nel consueto balletto che si conclude sempre con il taglio a valle e non a monte, con il ridurre via via diagnosi e cura, quantità e qualità. Potrebbero chiedere la ragione per cui, malgrado i tagli quasi annuali, i conti continuano ad aggravarsi, mettendo a rischio di implosione uno dei migliori sistemi sanitari del mondo. Potrebbero voler capire la ragione dell'inefficienza dei controlli, considerato che si continua a tagliare e che scandali miliardari, da ruberie autentiche, di volta in volta emergono purulenti in tutte le aree d'Italia. Verrebbe da chiedere: «Quis custodiet ipsos custodes?» (chi controlla gli stessi controllori?).

Vorrebbero capire perché prevenzione, ricerca e vera innovazione continuano a ricevere - dati Ocse - investimenti irrisori rispetto ad altri Paesi, non certo tra i più avanzati. Potrebbero voler sapere se a inginocchiare il sistema siano davvero la pillola o il device di ultima generazione, frutto di autentiche ricerche e vere innovazioni, e come tali capaci di evitare ricorrenti aggravamenti e consequenziali ricoveri. Vorrebbero, infine, comprendere se a somministrare diagnosi e terapie debba essere il controllore-decisore, distante migliaia di chilometri dalla sofferenza, o il medico cui afferiscono.

In sintesi, quando e quanto si comincerà a essere feroci e spietati con i predatori anziché con i pazienti (in tutti i sensi) predati? Quando vi sarà una vigilanza efficace sulle cause, oltre che sui discutibili effetti? Quando si diventerà capaci di risolvere i guasti di sistema, gli apparati occhiuti e pletorici, gli enti e gli ospedali inutili, i tentacoli del malfare che soffocano il pianeta-salute e rischiano di provocare l'asfissia a danno delle future generazioni?

Ma tutto ciò esigerebbe una seria grande riforma, effettuata con una seria grande politica programmatica, tarata su chi viene così vanamente definito "centrale" nel pianeta-Sanità: il paziente. A chi giova non volere una siffatta riforma? A chi giova escludere le rappresentanze dei pazienti dalla sua eventuale realizzazione?

Si conclude con un ciceroniano interrogativo: fino a quando si abuserà della nostra pazienza?

* *Presidente Conacuore*

IL COMMENTO DELL'ISS AL DOCUMENTO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

«Demenza&Consenso: il parere del medico non basta»

L'articolo pubblicato il 14 luglio scorso sul Sole-24 Ore Sanità, riguardante un documento dell'Associazione italiana di psicogeriatrica, è indicativo di un crescente interesse per le problematiche del consenso informato nei soggetti affetti da demenza. Chi scrive condivide pienamente la necessità di approfondire la discussione su questi temi, avendo formulato una proposta per l'ottenimento del consenso informato nei soggetti con demenza che partecipano a sperimentazioni cliniche (Petrini C., «Il consenso informato al trattamento dei soggetti con demenza: aspetti etici, deontologici e giuridici», 2008, Rapporti Istisan 08/3).

Come premessa generale ci sembra doveroso evidenziare che gli ambiti della pratica clinica, della sperimentazione clinica e delle problematiche di fine vita devono essere trattati distintamente poiché presentano implicazioni etiche e pratiche diverse. Le nostre considerazioni dunque si riferiscono al solo ambito della sperimentazione clinica.

Uno dei problemi etici posti dalle sperimentazioni riguarda la necessità di proteggere i soggetti "vulnerabili" senza negare loro la possibilità di ricevere i benefici che potrebbero derivare dalla partecipazione alla ricerca.

Negli ultimi decenni vi è stata, da parte di autorevoli istituzioni nazionali, internazionali e sovranazionali, un'abbondante produzione di documenti (e di normative, il cui rispetto è ovviamente vincolante) su questi temi. I documenti sono concordi nell'indicare alcuni requisiti fondamentali: il consenso libero e informato del soggetto o di chi legalmente lo rappresenta; il prevalere del beneficio diretto individuale rispetto agli interessi sociali della ricerca (con alcune eccezioni); il collegamento diretto tra la sperimentazione e la patologia di cui soffre il soggetto; le eventuali alternative; la comparazione tra rischi e benefici; la giustificazione scientifica, clinica ed etica della ricerca; l'approvazione da parte del comitato di etica.

Per le sperimentazioni su patologie che compromettono le capacità cognitive è doveroso valu-

tare prioritariamente se sia possibile raggiungere gli obiettivi prefissati coinvolgendo soggetti le cui capacità siano integre. In ogni caso, anche quando le capacità cognitive del soggetto siano compromesse, è indispensabile favorire il più possibile la sua consapevolezza e il rispetto della sua autonoma capacità di scelta (principio di presunzione di competenza). Chi ha esperienza in comitati etici sa che purtroppo non è raro trovare protocolli in cui si accetta il consenso espresso da soggetti che molto probabilmente non sono in grado di esprimerlo validamente. Anche la letteratura scientifica dimostra che ancora oggi molte sperimentazioni con soggetti incapaci sono condotte senza prestare la dovuta attenzione a queste tematiche (Stocking CB et al. «Ethics reporting in publications about research with Alzheimer's disease patients», J Am Geriatr Soc 2004;52(2):305-10).

Nella proposta da noi elaborata il processo del consenso informato prevede l'utilizzo di una procedura riproducibile che vuole essere un ausilio per il medico e, soprattutto, una garanzia per il malato. L'utilizzo di alcuni test neuropsicologici e di una intervista clinica semi-strutturata sono inseriti in un percorso in cui il medico ha la responsabilità di sintetizzare informazioni e dare un giudizio clinico, come in qualunque sua azione.

Tali strumenti, sulla cui utilità esiste un'abbondante letteratura (Appelbaum Ps. Assessment of Patient's Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med 2007;357:1834-40), lungi dal voler classificare le persone sulla base di metodi matematici spersonalizzanti, favoriscono il rispetto delle persone, evitando che alle sperimentazioni partecipino soggetti incapaci di una espressione consapevole della volontà.

In Italia quando una persona risulta incapace di decidere in modo autonomo, la partecipazione a una sperimentazione clinica è possibile a condizione, tra l'altro, che «sia stato ottenuto il consenso informato del legale rappresentante», cioè un

consenso che «deve rappresentare la presunta volontà del soggetto» (decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, articolo 5).

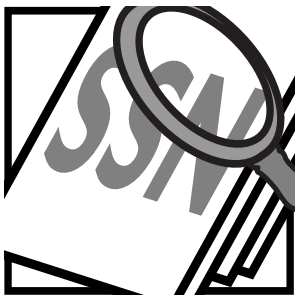
La figura dell'amministratore di sostegno si adatta a questo compito poiché nello svolgimento dei suoi compiti deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario «con la minore limitazione possibile della capacità di agire» (legge 9 gennaio 2004, n. 6, articolo 1).

Da questo punto di vista può destare qualche perplessità l'argomentazione secondo cui per l'inclusione nelle sperimentazioni di persone incapaci si ritiene necessario il «consenso scritto del rappresentante legale della persona e del medico curante della stessa che deve rappresentare la presunta volontà della persona stessa». Il binomio rappresentante legale-medico curante infatti non è presente in alcuna normativa finora vigente riguardante le sperimentazioni cliniche condotte su persone incapaci.

Infine, è importante non svuotare di significato l'aspetto della raccolta del consenso informato relegandolo a un ruolo puramente formale. Può certamente accadere che una persona con demenza non sia in grado di comprendere i contenuti di un "modulo standard", pur essendo in grado di esprimere le sue scelte in maniera coerente con i suoi valori di riferimento. Tuttavia, ciò significa solo che occorre rendere più efficace il "processo" della raccolta del consenso informato, modulandolo in funzione del profilo di rischio/beneficio dei singoli studi, senza appiattirlo sulla dimensione puramente burocratica della compilazione di un modulo.

Il gruppo di coordinamento dello studio AdCare* e Unità di bioetica della presidenza dell'Istituto superiore di Sanità

* *AdCare è una sperimentazione clinica condotta dall'Iss e finanziata dall'Aifa nell'ambito dei programmi per la ricerca indipendente*



CONSUMI 2008/ Alcolismo: l'Istat traccia l'identikit degli utilizzatori per sesso e area geografica

A rischio 8,5 milioni di italiani

Si beve di più a Nord e nei piccoli centri - Eccessi soprattutto dopo i 64 anni

I rischi maggiori per consumo di alcol si corrono a Nord (ma la Regione con la percentuale più alta è il Molise), nei comuni con meno di 2.000 abitanti (col 30%, contro il 25% circa dei comuni più grandi fino a 10.000 abitanti e il livello più basso del 18% nelle periferie delle aree metropolitane). Chi ha comportamenti maggiormente a rischio sono gli ultrasessantacinquenni con diploma di licenza media (50 per cento). Sono circa 8,5 milioni gli italiani di tutte le età “a rischio” per consumo di alcol nel 2008. Una cifra che aumenta di un milione circa di unità (9,8 milioni, il 18,6% della popolazione con più di 11 anni) se si considera a rischio anche chi beve fuori pasto.

Questo il quadro che l'Istat ha tracciato nel suo ultimo rapporto sull'uso e abuso di alcol in Italia, da cui emerge che rispetto a dieci anni prima (nel 1998) si riducono sensibilmente i consumatori regolari di alcol (-5,2%), aumentano quelli occasionali (+4,7%) e chi beve fuori pasto (+0,8 per cento).

Il passaggio a un diverso modello di consumo è più evidente tra i giovani di 18-24 anni: tra il 1998 e il 2008 i maschi in questa fascia di età che consumano alcol tutti i giorni sono passati dal 22,4% al 16,2%; quelli che consumano in modo occasionale dal 57,4 al 62,9%; i consumatori fuori pasto dal 39,9 al 49,4 per cento. Per le donne nella stessa fascia d'età questo andamento è ancora più evidente: le consumatrici giornaliere diminuiscono, nonostante la già bassa quota di partenza (dal 5,8 al 3,3%), quelle occasionali raggiungono quasi la quota dei maschi (dal 51,5 al 58,6%), mentre per il consumo fuori pasto si registra l'incremento maggiore rispetto al resto della popolazione: dal 20,8% al 33,5 per cento.

Si riduce il consumo di solo vino o birra, ma aumenta chi consuma solo altri alcolici (aperitivi, amari e superalcolici) o combina le due tipologie.

Abuso e comportamenti a rischio. Il rischio è differenziato per genere, fascia d'età, territorio e status sociale. Nel 2008 i soggetti con più di 11 anni con

almeno un comportamento a rischio (consumo giornaliero non moderato o binge drinking) sono 8,449 milioni, di cui 6,531 maschi (25,5%) e 1,910 milioni (7%) femmine. Il consumo giornaliero non moderato riguarda il 15,4% degli uomini, mentre solo il 3,8% delle donne eccede e 3 su 4 solo durante il pasto. Il binge drinking riguarda il 12,1% dei maschi e il 2,8% delle donne.

Le fasce di popolazione in cui i comportamenti a rischio sono più diffusi sono: gli anziani over 65 (il 46% degli uomini, l'11,2% delle donne), per un totale di 3,37 milioni; i giovani di 18-24 anni (23,7% maschi, 6,8% femmine), per un totale di 643mila; i minori di 11-17 anni (18,2% maschi e 12,2% femmine), pari a 635mila persone.

Dal punto di vista territoriale i comportamenti a rischio sono più diffusi a Nord. In particolare è a rischio il Nord-Est (il 29,7% dei maschi e il 8,4% delle femmine) e il Nord-Ovest (il 27,6% dei maschi e l'8,4% delle femmine)

è sopra la media. Invece, nelle Isole la percentuale si riduce notevolmente (il 18,3% dei maschi e il 3,6% delle femmine). Se al Centro-Sud il dato è inferiore a quello medio nazionale, in alcune Regioni si hanno quote di popolazione a rischio sopra la media: Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sardegna per gli uomini, Toscana, Umbria e Molise per le donne. Inoltre, i comportamenti a rischio sono più diffusi nei piccoli comuni fino a 2mila abitanti, dove a dichiararne almeno uno sono il 34,9% dei maschi e l'8% delle donne.

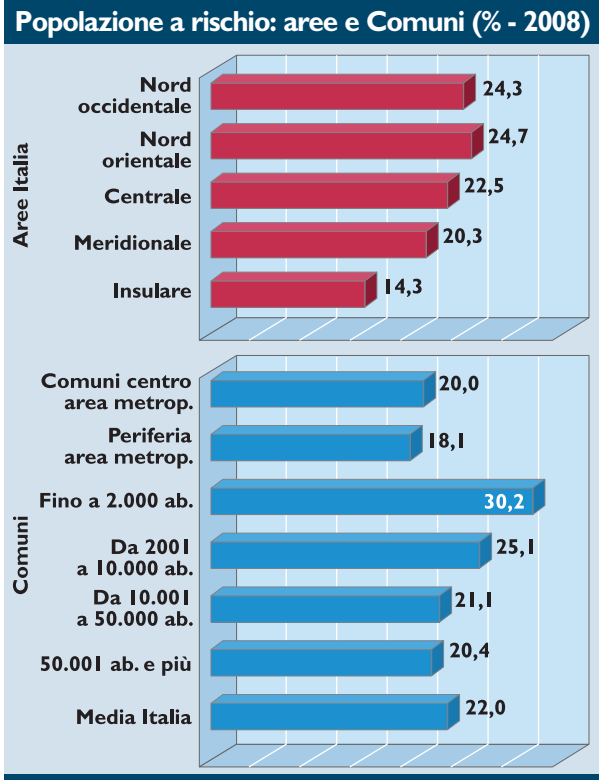
Infine, in base al titolo di studio, un più elevato livello di istruzione comporta riduzioni significative nell'esposizione al rischio per gli uomini, mentre per le donne la relazione con l'istruzione è opposta, cioè aumenta all'aumentare del titolo di studio. Per le giovani adulte di 25-44 anni cresce con il titolo di studio in particolare il binge drinking. Per le donne di 45 anni e più crescono con il titolo di studio tutti i comportamenti a rischio e diminuisce la quota di consumo giornaliero non moderato solo al pasto.

Donne: crescono le “occasionalità”

Persone con più di 11 anni per comportamento a rischio e classe d'età (2008 - migliaia)						
Sesso e classe d'età	Almeno un comportamento di consumo a rischio	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche			Popolazione di 11 anni e più	Percentuale popolazione a rischio
		Giornaliero non moderato	Giornaliero non moderato solo a pasto	Binge drinking		
11-15 *	510	27	15	46	2.905	3,0
16-17	126	42	19	93	1.246	12,4
11-17	635	69	33	139	4.152	5,8
18-19	165	18	6	160	1.196	15,4
20-24	478	65	19	444	2.981	17,7
18-24	643	83	25	603	4.177	17,0
25-29	522	87	13	476	3.411	16,9
30-34	588	154	33	511	4.321	16,2
35-44	1.121	453	164	852	10.001	14,7
25-44	2.230	693	209	1.839	17.732	15,5
45-54	1.002	551	201	621	8.032	17,1
55-59	431	291	126	213	3.815	16,5
60-64	470	352	158	201	3.479	20,4
45-64	1.904	1.195	486	1.035	15.326	17,7
65-74	1.863	1.800	1.187	187	6.403	49,6
75 e più	1.174	1.151	860	66	5.322	39,0
65 e più	3.037	2.951	2.048	253	11.725	44,8
Totale	8.449	4.992	2.802	3.869	53.112	22,0
(*) Per le persone di 11-15 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno						
Fonte tabelle: Istat						

Persone con più di 25 anni per comportamento a rischio, età e studi (2008 - migliaia)							
Sesso, classe di età e titolo di studio		Almeno un comportamento di consumo a rischio	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche			Popolazione di 25 anni e più	Percentuale popolazione a rischio
			Giornaliero non moderato	Giornaliero non moderato solo a pasto	Binge drinking		
25-44	Laurea	298	63	19	270	2.718	13,0
	Diploma superiore	855	181	60	752	7.157	13,9
	Licenza media	977	397	109	746	7.126	17,6
	Licenza elementare	100	53	21	72	731	20,0
45-64	Laurea	205	97	34	138	1.532	17,6
	Diploma superiore	420	249	102	239	4.074	14,5
	Licenza media	867	541	197	477	6.372	19,1
	Licenza elementare	412	308	152	181	3.347	19,2
65 e più	Laurea	159	147	83	20	510	49,0
	Diploma superiore	281	272	179	21	1.116	42,3
	Licenza media	648	629	450	52	2.245	50,4
	Licenza elementare	1.949	1.904	1.337	160	7.854	43,3
Totale	Laurea	662	307	135	427	4.760	18,3
	Diploma superiore	1.557	702	341	1.012	12.347	16,6
	Licenza media	2.491	1.566	756	1.275	15.743	22,8
	Licenza elementare	2.460	2.265	1.510	412	11.933	35,1

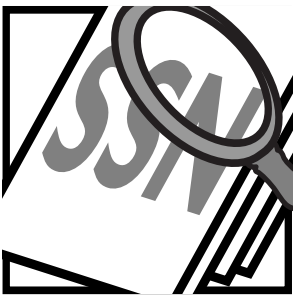
Persone con più di 11 anni per comportamento a rischio per Regione (2008 - migliaia)						
Regione	Almeno un comportamento a rischio	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche			Popolazione di 11 anni e più	Percentuale popolazione a rischio
		Giornaliero non moderato	Giornaliero non moderato solo a pasto	Binge drinking		
Piemonte	736	493	294	299	3.947	27,5
V. d'Aosta	25	16	6	12	112	30,4
Lombardia	1.485	801	453	689	8.581	22,6
Trentino-A.A.	192	77	25	124	877	25,8
Bolzano	105	35	10	74	430	27,7
Trento	87	42	15	51	447	24,2
Veneto	804	443	194	391	4.268	24,1
Friuli V.G.	231	112	42	134	1.095	26,3
Liguria	249	185	96	81	1.467	24,7
Emilia-R.	661	407	245	292	3.829	24,7
Toscana	622	451	285	206	3.306	28,5
Umbria	137	90	57	50	792	24,9
Marche	234	150	82	94	1.398	23,3
Lazio	633	397	223	263	4.955	17,8
Abruzzo	200	116	55	115	1.191	24,0
Molise	63	41	17	33	291	31,3
Campania	604	304	189	347	5.108	16,4
Puglia	565	365	234	215	3.623	22,5
Basilicata	100	62	37	55	531	29,0
Calabria	271	135	75	156	1.786	20,5
Sicilia	375	215	125	157	4.440	11,2
Sardegna	262	132	68	155	1.515	23,4
Italia	8.449	4.992	2.802	3.869	53.112	22,0



PIANO DI MONITORAGGIO/ Le conclusioni del gruppo di lavoro Regioni-ministero

Alcol, controlli sul territorio

Verifiche rigorose a tutti i livelli - Anagrafe dei servizi e del volontariato



Uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate vanno approfonditi, monitorati e controllati in modo capillare a livello locale per prevenire, intensificare i controlli, contribuire alla definizione e all'eventuale modifica delle politiche e delle relative azioni di contrasto. E informatizzati per avere nell'arco dell'anno dati e situazioni assolutamente aggiornati.

Accanto al Piano nazionale alcol e salute (Pnas) nasce per questo scopo il Piano nazionale di monitoraggio alcol e salute (Pnmas) che Regioni e ministero del Welfare hanno messo a punto e che aspetta solo il viatico politico della Stato-Regioni per diventare attuativo.

Gli obiettivi. Quelli individuati nel Piano sono il monitoraggio dei consumi annuali pro capite di alcol delle popolazioni regionali (attraverso l'utilizzo dei dati Istat, Iss, del progetto "European school survey project on alcohol and other drugs" o Espad, Passi, della scheda utente - dove esiste - e di ricerche ad hoc) e il cambiamento dei modelli di consumo. Poi lo studio di prevalenza, incidenza e mortalità legata ai Pac (problemi e patologie alcol-correlate) sulla popolazione nelle varie Regioni, partendo dai Servizi sanitari regionali.

Altro obiettivo è studiare la prevalenza, l'incidenza e la mortalità legata ai Pac sulla popolazione nelle varie Regioni, coinvolgendo i diversi attori (pubblici e privati), in particolare sui temi specifici degli incidenti stradali e sul lavoro, e sui comportamenti a rischio dei giovani.

Va quindi istituita un'anagrafe dei servizi pubblici e privati che erogano prestazioni socio-sanitarie in materia di Pac e un'anagrafe degli enti del volontariato, del privato sociale o privati che operano a vario titolo sempre nel campo dei Pac.

Non va trascurato il monitoraggio della prevalenza e dell'incidenza degli utenti con Pac che utilizzano il Ssn e le organizzazioni del privato sociale e del volontariato e va monitorata l'applicazione della legge 125/2001 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati) e l'implementazione del Pnas, individuando anche le buone prassi di intervento sociale e sanitario.

Tra gli obiettivi infine, la stima del numero di soggetti alcol-dipendenti e con Pac in Italia con un dettaglio regionale-provinciale. E per raggiungere questi scopi sono state individuate precise azioni:

- individuazione degli indicatori per realizzare il monitoraggio nazionale alcol e salute;
- definizione della struttura organizzativa che si ipotizza possa prevedere queste sottoazioni:

Schema riassuntivo del Piano				
	Aree di indagine	Fonte dati	Macro-indicatori	Flussi
Contesto	Dati generali sulla popolazione	Dati di primo livello (1) Istat	Popolazione; natalità/mortalità; immigrazione; densità popolazione	Regioni > Ministero
	Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione	Dati di secondo livello Indagine Istat multiscopo e "Statistiche in breve: l'uso e l'abuso di alcol in Italia". Elaborazione Oss. naz. alcol, Iss	Consumi generali popolazione; consumi popolazione a rischio; binge drinking; familiarità alcol	Ministero > Regioni (tramite Iss)
Consumi		Dati di secondo livello Indagine Passi	Consumi popolazione; binge drinking; alcol e guida	Ministero > Regioni (tramite Iss)
		Dati di secondo livello - Espad e Hbsc - Ricerche locali	Consumi popolazione target; consumi popolazione a rischio; alcol e lavoro; alcol e guida; binge drinking; familiarità alcol; stili consumo; significati di consumo	Regioni > Ministero
	Consumi di bevande alcoliche riferiti all'utenza dei servizi di alcologia	Dati di secondo livello Data base servizi: cartella clinica (schede alcol)	Tipologia utenza; consumi utenza	Regioni > Ministero
Problemi alcol-correlati	Patologie e mortalità	Dati di secondo livello - Schede dimissione ospedaliera - Schede di mortalità	Dimissioni per Pac-Pa-Ta; pazienti con Pac-Pa-Ta; mortalità; stima di soggetti alcol-dipendenti	Ministero > Regioni (anche tramite Iss)
	Incidenti sul lavoro	Dati di secondo livello Individuare fonte dati	Incidenti; infortuni; mortalità	Istat
	Incidenti stradali/sospensione e ritiro patenti	Dati di secondo livello Individuare fonte dati	Incidenti; infortuni; mortalità; ritiri patenti; sospensioni patenti	Definire
	Altri problemi di carattere sociale causati dall'abuso di alcol	Dati di secondo livello - Ufficio minore dei comuni - Tutore dei minori - Ricerche locali ad hoc che indagano sul legame tra violenza sessuale e non e consumo di alcolici	Casi di violenze su adulti; casi di violenze su minori; gravidanze indesiderate/aborti; incidenza/prevalenza di malattie sessualmente trasmissibili; privazione economica; stima del numero di familiari coinvolti in situazioni di dipendenza alcolica	Definire
Contrasto	Cura, organizzazione dei Servizi di alcologia e altri servizi pubblici (2)	Dati di secondo livello - Schede ministeriali Alc - Sind - Sesit - Cartella clinica - Altri sistemi di raccolta dati	Tipologia e numerosità utenza; tipologia di interventi erogati; risorse personale impegnate; strutture e rete servizi; esiti durati degli interventi	Regioni > Ministero
	Riabilitazione. Attività delle associazioni volontariato Cooperazione sociale	Dati di secondo livello Indagine Aicat	Tipologia e numerosità utenza; risorse personale impegnate; efficienza della rete; nei limiti, utenza ed esito delle azioni	Regioni > Ministero
Pnas L. 125/2001	Recepimento Pnas e L. 125/2001. Informazione. Sensibilizzazione. Prevenzione. Buone prassi (dati quali-quantitativi)	Dati di secondo livello	Indagine esplorativa: recepimento L.125/2001 e Pnas; attivazione di azioni; descrizione quali/quantitativa azioni realizzate. In futuro "Buone Prassi"	Regioni > Ministero

(1) Dati di primo livello sono quelli il cui dettaglio è di carattere nazionale/regionale. I dati di secondo livello sono quelli di carattere locale con livello di dettaglio di Ass-Asl.
(2) I dati raccolti a esempio con le schede Alc, oltre a essere aggregati e a non permettere elaborazioni accurate, presentano alte percentuali di missing che incidono sull'affidabilità del dato e sulla sua comparabilità. I motivi principali vanno ricercati nell'assenza, in alcune Regioni italiane, di sistemi informatizzati e di personale che si occupi nello specifico del monitoraggio del fenomeno

a) individuazione del gruppo di "referenti regionali del monitoraggio/referenti delle province autonome del monitoraggio (Rrm/Rpam)" e definizione delle competenze;

b) realizzazione degli strumenti per la raccolta dati (manuale d'uso per i Rrm/Rpam, creazione dei campi record, creazione di questionari, data entry, output dati, ideazione e gestione dello strumento informatizzato per la raccolta e la gestione dei dati;

c) attività di formazione dei Rrm/Rpam;

d) avvio della fase sperimentale del processo di monitoraggio (prima fase);

e) valutazione del processo sperimentale di monitoraggio, ed eventuale ricalibratura degli indicatori, delle variabili e degli strumenti di raccolta e analisi

dei dati (seconda fase);

f) messa a regime delle procedure di monitoraggio e dei relativi indicatori (terza fase).

Gli indicatori. In base alle informazioni disponibili e alle attività di monitoraggio già in corso da parte delle istituzioni competenti, emerge secondo il Pnmas la necessità di integrare e rinnovare l'attuale sistema informativo attraverso la raccolta di dati sull'uso di alcol, sui Pac e sul grado di recepimento e attuazione del Pnas.

Questo per approfondire la conoscenza di quelle aree e di quelle tematiche, che attualmente sono ancora carenti o mal definite e di dotare il nuovo Sistema informativo di un set di indicatori che, basandosi sulle esperienze finora condotte, possano migliorare la capacità di misurare i fenomeni e rispondere adeguatamente ai reali bisogni e necessità.

Il sistema di monitoraggio utilizzerà strumenti standardizzati, indicatori e relative tecniche di rilevazione, in grado di

garantire una conoscenza dettagliata dei fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e fornendo la descrizione sintetica di una condizione o di un fenomeno.

Secondo le raccomandazioni internazionali ed europee, spiega il Pnmas, un indicatore è considerato adeguato per una reale rappresentazione del fenomeno che si propone di misurare se sono addottati criteri idonei di selezione:

- validità (la capacità di misurare un fenomeno);
- sensibilità (la capacità di misurare i cambiamenti nel tempo);
- comparabilità (la standardizzazione e omogeneità degli indicatori);
- periodicità (la regolarità almeno annuale della rilevazione);
- consistenza dei dati generati attraverso l'indicatore selezionato;
- precisione e disponibilità (utilizzo-non utilizzo dell'indicatore).

Le caratteristiche degli indicatori sono elementi di valuta-

zione che si basano sull'evidenza scientifica per soddisfare le esigenze e le priorità di Sanità e salute pubblica nazionali e regionali, e hanno lo scopo di aumentare le conoscenze e le capacità di ridurre le disuguaglianze di salute e migliorare la qualità della salute e dell'assistenza. In sostanza, il sistema di monitoraggio vuole essere uno strumento valido per la programmazione di interventi socio-sanitari, in grado di fornire una visione generale e integrata del fenomeno alcol. Le informazioni che saranno fornite dagli indicatori richiedono una lettura congiunta e complessiva dell'intero sistema, che tenga conto dello stato di salute e del contesto socio-ambientale, e preveda un utilizzo appropriato dei risultati.

Il monitoraggio dovrà avvenire con il supporto pratico e tecnico-scientifico dell'Osservatorio

nazionale alcol del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Iss.

Le schede. L'attività di numerosissimi indicatori individuati (che vanno dai dati dei soggetti alla familiarità del consumo di alcol fino ai decessi connessi a uso e abuso) è definita in quindici schede suddivise tra cinque sezioni: descrizione del contesto, consumi di bevande alcoliche, problemi alcol-correlati, contrasto, attuazione della legge 125/2001 e del Pnas.

La prima scheda riguarda gli indicatori demografici della popolazione e il suo scopo è la descrizione generale del contesto. Poi c'è la scheda sui dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione (Istat, v. pagina 12) per descrivere i consumi, monitorare le differenze territoriali e gli stili di consumo. Analoga la scheda che prende in considerazione il programma Passi scendendo a livello di Asl e quelle che si basano su ricerche locali e sui consumi riferiti all'utenza dei servizi di alcologia.

Nel gruppo sui problemi alcol-correlati le schede analizzano le patologie e la mortalità sia in base alle Sdo elaborate per i Pac, sia ai registri di mortalità anche per avere un quadro nel tempo. Poi ci sono: una scheda sulla stima della prevalenza dei soggetti alcol-dipendenti (quelli che si rivolgono ai servizi, agli ospedali e alle case di cura, alle associazioni di volontariato e alle cooperative sociali), due che analizzano gli incidenti sul lavoro e quelli stradali alcol-correlabili (Relazione al Parlamento, Relazioni regionali) e infine una che analizza gli altri problemi di carattere sociale legati all'abuso di alcol.

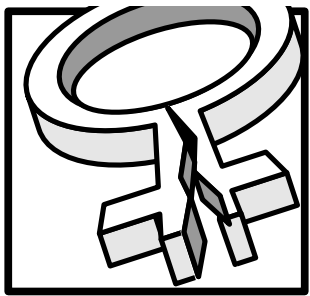
C'è poi l'attività di contrasto con schede sulla cura e la riabilitazione dei soggetti. In particolare sull'organizzazione dei servizi di alcologia e degli altri servizi pubblici, della loro utenza e dell'attività.

La riabilitazione è prevista sulla scheda che riguarda il terzo settore: associazioni di volontariato (alcolisti anonimi, gruppi familiari Al-Anon, Associazione italiana club degli alcolisti in trattamento, Aicat) e delle cooperative sociali di tipo A e B e AB che hanno rapporti stabili con i servizi.

Infine, ultima scheda è quella sul monitoraggio del recepimento e dell'applicazione della legge 125/2001 e del Pnas. Il monitoraggio riguarderà soprattutto l'attività del terzo settore in base ai dati riferiti al numero e alla tipologia dell'utenza che si rivolge ai servizi e alle relative modifiche temporali.

pagine a cura di
Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VIOLENZA DI GENERE/ Iniziative in ordine sparso da Nord a Sud della Penisola - E le

Abusi sulle donne, le Regioni

Leggi su misura, protocolli con Asl e forze dell'ordine e spazio alle

C'è un gruppo di Regioni che non ha varato provvedimenti ad hoc sulla violenza di genere (Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia, Puglia, Valle d'Aosta). Affidando, però, a leggi generali relative alla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari il supporto alle vittime di abusi. E c'è poi un terzetto (Molise, Umbria e Provincia autonoma di Trento) che vuole colmare la lacuna. Mentre la Campania, dove già esiste una normativa in materia, ha pronta una proposta innovativa che apre all'omofobia.

Ma c'è anche chi ha fatto una scelta di campo approvando leggi specifiche in materia. Come Toscana e Liguria nel 2007. E, più di recente, il Lazio. Che dopo aver previsto nel 1993 l'attivazione di centri antiviolenza, ha dato il via libera, a maggio, a un pacchetto di norme per il sostegno e il contrasto alla violenza. Tutte le altre (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Calabria, Marche, Abruzzo, Basilicata e Bolzano) hanno concentrato la propria attenzione sugli strumenti di sostegno alle vittime come i centri antiviolenza.

Scelte legislative differenti, dunque. Ma l'obiettivo non cambia da Nord a

Sud: creare una rete tra tutti gli attori e armonizzare gli interventi. Valorizzando le best practice e inserendo dentro percorsi più strutturati il contributo delle associazioni. Che hanno rappresentato per anni l'unico riferimento per le vittime e continuano a giocare oggi un ruolo fondamentale.

Un fine unico, più strumenti. Leggi quadro sui servizi sociali o sulla famiglia. Ma anche piani triennali. Come in Puglia, che ha stanziato 2,4 milioni per un programma dettagliato di interventi 2009-2011. E ancora misure ad hoc per finanziare i centri già attivi e avviare di nuovi. Perché la mappa delle strutture è molto frastagliata e di-

somogenea, con il Sud che deve recuperare un po' di terreno. Ma l'iniziativa delle Regioni non manca. A cominciare dalla volontà di colmare i buchi normativi.

Così a Trento, l'assessore alla Solidarietà sociale, **Lia Beltrami**, sta preparando un Ddl unificato, mentre in Molise è già approdata alla commissione competente una Pdl ad hoc voluta dalla titolare delle Politiche sociali, **Angiolina Fusco Perrella**. In Umbria, invece, la strada verso la nuova legge regionale culminerà in una "due giorni" di

confronto con il territorio prevista per ottobre.

Un'ottica partecipata, quindi, che accomuna le Regioni. Dove si lavora alacremente a protocolli con le Asl, ma anche ad accordi con forze dell'Ordine e procure. È il caso del Friuli Venezia Giulia che sta mettendo a punto delle linee guida, con la collaborazione delle procure di Trieste e Gorizia, per favorire il raccordo tra tutte le fasi di sostegno alla vittima. Mentre in Molise una rete regionale che coinvolge questurati e prefetture è attiva già da un anno.

L'unione fa la forza. Insomma ci si muove per stringere sinergie. Ma, per garantire il miglior sostegno alle vittime, le Regioni stanno provando innanzitutto a fotografare l'esistente. Perché le realtà già attive sono tante e spesso non perfettamente in linea con i criteri regionali. Serve dunque fare chiarezza prima di avviare dei coordinamenti regionali.

Qualcuno, però, come l'Emilia Romagna, il passo l'ha già fatto. Qui il coordinamento, che riunisce attualmente 11 strutture, è stato formalizzato a giugno e a settembre saranno definite le cariche. «È un passaggio fondamentale per noi - spiega il presidente pro tempore **Antonella Oriani**, responsabile di Sos Donne Faenza - ma in realtà lavoriamo in rete già da anni». Altrove, invece, in Toscana, in Valle d'Aosta e



nelle Marche (ma qui il battesimo ufficiale scatterà in autunno), sono nati dei tavoli o forum permanenti con tutte le forze in campo e un'ampia rappresentanza delle associazioni. Mentre l'Umbria ha scelto la dimensione partecipata per il progetto regionale "Mai più violenze" che annovera ben 37 partner.

Molte altre Regioni, poi, si sono attivate per mappare il territorio. Lo sta-

facendo il Veneto, nell'ambito di un programma di interventi che vede lavorare fianco a fianco assessorato, commissione regionale per le Pari opportunità e Osservatorio nazionale sulla violenza alle donne. E un primo bilancio parziale (i dati definitivi sono attesi per settembre) ha rilevato a giugno 165 strutture di cui 65 centri diurni, 14 case d'accoglienza e 86 centri per minori.

I PROGETTI DI SENSIBILIZZAZIONE E TUTELA

Fantasia al potere tra "taxi rosa" e arte

Le 300 sagome di piazza Castello a Torino



C'è Tiziana, 47 anni, che, al termine dell'ennesima violenza del marito, accecato dalla gelosia, ha raccolto le residue energie e, dopo un volo di quattro metri, è riuscita a liberarsi. O Marcella, 38 anni, che ha visto la morte in faccia quando l'uomo con cui aveva allacciato una relazione extraconiugale, poi interrotta, le ha puntato contro un fucile regolarmente denunciato. E ha sparato. Ma la donna si è salvata fingendosi morta.

Ma c'è anche chi, come Stefania, 68 anni, è stata uccisa dall'uomo da cui era separata ormai da 5 anni e in buoni rapporti. L'uomo, un vigile del fuoco in pensione, l'ha massacrata di calci e pugni e ha poi telefonato ai figli per raccontare l'accaduto. Storie diverse. Alcune raccontano una rinascita. Altre, invece, un epilogo senza ritorno. E le trecento sagome che le riportano, esposte a piazza Castello a Torino il 6 e il 7 marzo scorso (si veda la foto accanto), hanno colori differenti a seconda del finale: viola per quelle tragiche, bianche per le donne che si sono liberate dalla violenza con il sostegno dei servizi presenti sul territorio. Centocinquanta per cui la vita è ricominciata.

Dai taxi rosa ai manuali per città più sicure. Dalle campagne di comunicazione agli spettacoli teatrali che portano in scena la violenza sulle donne. Passando per concorsi fotografici ed eventi itineranti. Sono tante le declinazioni cui le Regioni hanno dato impulso per intercettare meglio le vittime di abusi e per rafforzare la rete di protezione.

Se la città diventa più sicura. L'ultima a partire, solo pochi mesi fa, è stata la Liguria che ha siglato una convenzione con le organizzazioni di settore. Così il servizio di taxi rosa è ora disponibile su tutto il territorio regionale. «Abbiamo stanziato 250mila euro per il primo anno - spiega **Maria Bianca Berruti**, assessore regionale alle Politiche abitative, ai Trasporti pubblici e alle Pari opportunità -. L'iniziativa prevede la concessione di un buono sconto da 5 euro per ogni corsa effettuata dalle donne nella fascia oraria tra le 22 e le 4. I taxisti, invece, si sono impegnati a non chiedere l'integrazione notturna». Ma servizi analoghi sono nati anche in Toscana, a Bologna e a Milano, per citarne solo alcuni.

Piccoli interventi, quindi, per arginare la violenza urbana. Cui si affiancano altre iniziative per rendere le città meno insidiose. Dai bandi per l'accessibilità urbana, promossi sempre dalla Liguria, a un vero e proprio manuale per amministratori locali e progettisti piemontesi. Qui l'assessorato regionale alle pari opportunità ha infatti promosso un volume ad hoc, "La città Si"

cura", che contiene criticità e interventi correttivi anche a costo zero, come l'attivazione della fermata notturna a richiesta dei mezzi pubblici o il servizio di accompagnamento all'uscita dai luoghi di lavoro notturno.

Territorio che vai, campagna che trovi. Vademecum e corsi di formazione per operatori socio-sanitari o forze dell'ordine. Ma soprattutto campagne di sensibilizzazione e comunicazione per le donne. Perché da Nord a Sud la parola d'ordine delle Regioni è una sola: avvicinare sempre più le vittime alla rete di servizi. Come ha fatto

recentemente il Veneto che ha lanciato, insieme alla Commissione regionale per le Pari opportunità e all'Osservatorio nazionale sulla violenza domestica con sede a Verona, il progetto "Chiedi rispetto" distribuendo materiale informativo attraverso Comuni, farmacie, pronto soccorso e medici di base.

Stessa filosofia, poi, in Toscana dove, nel novembre 2008, è partita la campagna regionale "Mai più sola" fatta di diversi tasselli: una brochure informativa, attività di formazione e un sito web (www.regione.toscana.it/maipiusola), sempre aggiorna-

to con nuovi dati su centri e servizi. Il Piemonte, invece, ha promosso a marzo l'evento itinerante "Voci nel silenzio" per raccontare al pubblico gli abusi sulle donne. Così trecento sagome con le storie delle vittime hanno già fatto tappa a Torino, Vercelli e Novara. Per continuare nelle altre province piemontesi fino al 25 novembre 2009 quando si celebrerà la Giornata internazionale contro la violenza sulle donne. E, nei giorni scorsi, la Regione ha anche presentato un marchio per identificare progetti e iniziative che saranno realizzati nell'ambito del Piano regio-

nale anti-violenza approvato dalla giunta un anno fa.

Una comunicazione a 360 gradi, dunque. Che non tralascia nemmeno le straniere. L'Emilia Romagna ha così predisposto, tra 2007 e 2008, una campagna per aumentare la consapevolezza delle donne di altri Paesi distribuendo poster e volantini in sette lingue nei luoghi pubblici e sulle linee ferroviarie locali. Ora, invece, la Regione sta organizzando, insieme all'Ausl di Bologna, il primo corso regionale per il trattamento dei comportamenti violenti riservati a operatori e responsabili

della programmazione. L'obiettivo è valutare l'avvio a livello territoriale di azioni e interventi per l'accoglienza e il trattamento degli uomini che agiscono violenza.

Quando l'arte si fa denuncia. Per dar voce a questo dramma le Regioni hanno poi scelto altre strade. Affidando anche al teatro o alla fotografia il compito di scuotere le coscienze. È il caso della Toscana che ha sostenuto, sempre all'interno della sua campagna, due spettacoli sul tema. E quest'anno supporterà il corso annuale di scrittura teatrale fondato da Dacia Maraini e incentrato sulla violenza alle donne. L'Umbria ha invece organizzato a Perugia, nell'ambito del programma regionale "Mai più Violenze" presentato a marzo, "Womyn investigation": un laboratorio fotografico per spingere le donne a immortalare i quartieri pericolosi e a mappare le aree più a rischio.

Riflessione e impegno sul campo sono quindi le chiavi di volta delle strategie regionali. Che cercano di non tralasciare anche il reinserimento della donna nel tessuto sociale e produttivo. Così la Toscana ha predisposto progetti regionali per la formazione a distanza o la ricerca in modo anonimo di un lavoro. Mentre la Puglia ha inserito nel suo programma triennale anti-violenza un capitolo tutto dedicato alla messa a punto di strumenti per l'indipendenza economica delle vittime. Un nuovo lavoro, ma anche una casa sicura. Perché la rinascita passa anche da qui.

amministrazioni locali puntano ad armonizzare gli interventi

al lavoro per fare rete

associazioni, aspettando i fondi delle Pari opportunità



Stesso discorso anche in Puglia e in Toscana dove si sta investendo molto sulla creazione di un sistema informativo regionale che favorirà la raccolta dei dati e servirà a realizzare la sinergia tra i soggetti coinvolti nella rete. In Sicilia, invece, fin dal 1986, i centri anti-violenza sono iscritti in un Albo che raggruppa tutte le istituzioni assistenziali.

E si procede a ritmi serrati anche in

Sardegna. Dove la Regione sta trasferendo i fondi stanziati nel 2008, nel complesso 1,2 milioni. Che serviranno a finanziare 8 centri anti-violenza (i 2 storici di Sassari e Nuoro e 6 di nuova istituzione) e 5 case di accoglienza. Poi, sottolinea **Maria Teresa Collu**, funzionario della direzione regionale delle Politiche sociali, «non appena saranno attivi i nuovi partimerò con la rete». Mentre la Liguria ha appena inaugurato 4 strutture finanziate con il bando 2007 che la Regione ha emanato per costruire il primo livello della rete territoriale, fatto dai centri anti-violenza (uno per ogni Provincia) cui si affianca un secondo con le case segrete e un terzo con le strutture alloggiative temporanee. E la Calabria ha appena attivato un bando da 250mila euro per i centri esistenti.

Il nodo risorse. Insomma, il sistema si sta ampliando. E, in alcuni casi, come nel Lazio, le strutture sono chiamate ad adeguarsi alle nuove norme sull'accreditamento. Qui la Regione ha finanziato dal 1993 dieci centri anti-violenza provinciali e 1,4 milioni sono stati previsti nel Bilancio 2009 anche per finanziare di nuovi. In attesa che la Giunta metta poi mano al regolamento attuativo della legge approvata a maggio. Che porta in dote altri 300mila euro per azioni di prevenzione e contrasto della violenza.

Perché le Regioni stanno davvero cercando di racimolare il possibile per alimentare iniziative e associazioni. Così in Piemonte l'assessore alle Pari opportunità, **Giuliana Manica**, ha destinato alla violenza il 50% del bilancio del suo assessorato: 2,5 milioni in due anni. Che serviranno ad attivare nuovi sportelli, ma anche a garantire il patrocinio gratuito alle vittime introdotto dalla legge 11/2008 (ad agosto saranno pronti anche gli elenchi degli avvocati convenzionati).

Piccoli, grandi, sforzi. Aspettando che si sbloccino anche le risorse promesse dal ministero guidato da **Mara Carfagna**. Il decreto di riparto del Fondo per le politiche sui diritti e le pari opportunità, che dovrebbe contenere gli agognati finanziamenti, ha già ricevuto l'ok della Conferenza unificata e, nei giorni scorsi, anche il visto della Corte dei conti. Nel complesso sono 96 milioni, ma non si sa ancora quanto andrà alla violenza perché il dipartimento sta lavorando allo schema di intesa sulla ripartizione dei fondi. L'unica cosa certa, per ora, è che sarà una piccola boccata d'ossigeno per chi lavora ogni giorno in trincea. E non può essere certo la sola.

pagine a cura di
Celestina Dominelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La campagna ministeriale anti-stalking

Trenta secondi per raccontare che la violenza contro le donne può seguire strade molto subdole: messaggi continui, lettere deliranti, telefonate a tutte le ore. Che costruiscono attorno alla vittima una prigione invisibile e soffocante. Come quella che racchiude la donna protagonista della nuova campagna di comunicazione voluta dal ministro delle Pari opportunità, **Mara Carfagna**, e partita nei giorni scorsi sulle reti Rai. L'obiettivo è sensibilizzare il pubblico sul nuovo reato di "stalking" (atti persecutori) introdotto dalla legge 38 del 23 aprile scorso.

Secondo l'articolo 7 del provvedimento, lo "stalker" rischia ora fino a 4 anni di reclusione. E le pene sono aggravate se il fatto è commesso dal coniuge legalmente separato o divorziato o da persona legata sentimentalmente alla vittima. Sanzioni più severe sono previste anche se gli atti persecutori sono diretti contro minori, donne in stato di gravidanza o soggetti con disabilità.

La campagna servirà quindi a spingere le vittime a ribellarsi. Magari contattando il numero gratuito 1522 nato nell'ambito del progetto sperimentale "Arianna". Un percorso lanciato alla fine del 2005 per avviare e sostenere una rete nazionale antiviolenza e per fornire con il 1522 un servizio di accoglienza telefonica attivo 24 ore per 365 giorni l'anno. E che dovrebbe assicurare a breve anche il collegamento diretto con le questure.

Peccato, però, che nella nuova campagna del ministero quel numero non compaia mai.

LA SALUTE E IL MERCATO

a cura di **Giorgio Macciotta**



La ricerca scientifica è uno dei pochi casi nei quali le regole dell'Unione Europea consentono l'erogazione di aiuti di Stato per "accrescere l'efficienza economica ... e contribuire in tal modo alla crescita sostenibile e all'occupazione". Tanto più si giustifica un intervento pubblico se punta a promuovere la ricerca scientifica nel settore farmaceutico, utile a migliorare le condizioni di vita di miliardi di esseri umani.

In Italia, le erogazioni pubbliche non hanno, peraltro, favorito lo sviluppo di una attività di ricerca nel settore, comparabile sia con il rilievo del mercato italiano (il sesto per consumi su scala internazionale) sia con l'esistenza di un sistema clinico che anche recenti studi comparativi indicano tra i migliori del mondo. Ancor meno hanno giovato gli interventi in materia di prezzi dei farmaci. La ricerca farmaceutica vive una situazione di grave crisi, determinata dall'esistenza di una complessa serie di strozzature che riguardano, in parte, il mercato italiano (dalla rendita di posizione del settore distributivo alla opacità e vischiosità burocratica delle procedure di regolazione), ma in parte derivano da una distorsione, comune ai paesi industrializzati, che impedisce di guardare al settore in una prospettiva realmente globalizzata: miliardi di donne e di uomini sono esclusi dai benefici della ricerca e della produzione farmaceutica.

Partendo da tali premesse un gruppo di lavoro di ASTRID (che ha potuto giovare di qualificati contributi di centri di ricerca e di studiosi specialisti della materia) delinea in queste pagine un ventaglio di proposte idonee a migliorare l'efficienza della sanità pubblica nell'interesse dei cittadini, senza trascurare i vincoli di finanza pubblica che hanno segnato molte delle misure in materia di spesa farmaceutica. Esse spaziano dal migliore coordinamento tra ricerca, sperimentazione (industriale e clinica) e produzione, alla riforma della filiera della distribuzione (con una netta opzione per il mercato), dalla riorganizzazione degli strumenti e delle politiche di intervento pubblico (dalla riforma dell'Alfa ad una più attiva politica fiscale), alla costruzione di strumenti idonei a determinare un coinvolgimento attivo degli operatori e dei cittadini.

Pagg. 288 – € 49,00

GRUPPO 24 ORE

La cultura dei fatti

Il prodotto è disponibile anche nelle librerie professionali.

Trova quella più vicina all'indirizzo www.librerie.ilssole24ore.com

Buono d'ordine OFFERTA DISPONIBILE ANCHE SU www.shopping24.it

Sì desidero acquistare il volume:
LA SALUTE E IL MERCATO
(cod. 6959) a € 49,00

Importo fiscalmente deducibile in quanto strumento professionale (artt.54-56 del nuovo TUIR)

☐ Allego fotocopia del versamento sul c/c postale n. 31482201 intestato a Il Sole 24 ORE S.p.A.
Importante: indicare sempre sul bollettino la causale del versamento.

☐ Pagherò a mezzo contrassegno al momento di ricevere la merce

Il buono d'ordine compilato va inviato via fax al numero: (02 o 06) 3022.5402

Ragione sociale _____

Cortese attenzione _____

☐ Persona fisica ☐ Impresa individuale/professionista ☐ Studio associato ☐ Società commerciale

☐ Altro Ente privato ☐ Ente Pubblico ☐ Ente Pubblico non commerciale ☐ Ente non commerciale

Via _____

Cap. _____ Loc. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____

E-mail _____

Partita IVA* _____

Codice Fiscale* _____

* campi obbligatori
Clausola contrattuale: la sottoscrizione dell'offerta dà diritto a ricevere informazioni commerciali su prodotti e servizi delle Società del Gruppo "Il Sole 24 ORE". Se non desidera riceverle bari la seguente casella ☐

Informativa ex D.Lgs. 196/03: Il Sole 24 ORE S.p.A., Titolare del trattamento, tratta anche elettronicamente i dati personali liberamente forniti per fornire i servizi indicati e, se lo desidera, per aggiornarli su iniziative e offerte del Gruppo. Potrà esercitare i diritti dell'art. 7, D.Lgs. 196/03 rivolgendosi al Responsabile del trattamento, che è il Responsabile del Coordinamento Commerciale, presso Il Sole 24 ORE S.p.A. - Database Marketing - via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano. L'elenco completo e aggiornato di tutti i Responsabili del trattamento è disponibile, al medesimo indirizzo, presso l'Ufficio Privacy. I dati potranno essere trattati da incaricati preposti agli ordini, al marketing, all'amministrazione, al servizio clienti e potranno essere comunicati alle Società del Gruppo per gli stessi fini della raccolta, a società esterne che svolgono attività connesse all'evasione dell'ordine e all'eventuale invio di nostro materiale promozionale, agli istituti bancari. **Consenso:** Con il conferimento del Suo indirizzo e-mail, del numero di telefono e/o di fax (del tutto facoltativi) esprime il Suo specifico consenso all'utilizzo di detti strumenti per l'invio di informazioni commerciali.

Puoi acquistare comodamente anche on line
direttamente su
www.shopping24.it
Qui troverai anche tante altre offerte!

VISA MasterCard American Express PayPal UnionPay Banca

SHOPPING
24.it

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **18** **VENETO.** La Regione alla guida del progetto "Renewing Health"A PAG. **19** **MERCATI/ 1.** Farmaci falsi, i dati della Guardia di FinanzaA PAG. **19** **MERCATI&NEWS/ 2.** Prevenzione, è la vitamina D la panacea del futuro

E. ROMAGNA/ Assegnato all'azienda sanitaria il bollino dal dipartimento per le Politiche della famiglia

Ferrara, l'Asl è «family friendly»

Fondi al programma "Vita&Lavoro": sperimenterà progetti dedicati ai dipendenti

Conciliare lavoro e famiglia: missione possibile alla Asl di Ferrara. Tanto che il dipartimento per le Politiche della famiglia presso la presidenza del Consiglio dei ministri ha riconosciuto all'azienda il bollino di organizzazione "family friendly, amica delle famiglie" e attribuito un fondo di 70mila euro per il programma "Vita&Lavoro", che sperimenta azioni mirate a dipendenti e famiglie nell'arco di due anni.

Il riconoscimento non è frutto del caso, poiché l'Asl di Ferrara ha promosso già dal 2007 le linee di intervento del Piano triennale di azioni positive 2008-10, che si riferiscono a obiettivi riconducibili al quadro generale della strategia europea e nazionale in materia di pari opportunità. Una pianificazione virtuosa che punta allo sviluppo della cultura di genere, attraverso l'informazione e la formazione, contestualmente alla produzione di statistiche di genere e promozione della presenza fem-



minile nei livelli decisionali; alla promozione della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro.

La Asl di Ferrara risponde così alla normativa, in particolare all'art. 7 del Dlgs 196/2000, che promuove la diffusione di "azioni positive" per rimuovere gli ostacoli alle pari opportunità intese nel senso più universale di rimozione delle disuguaglianze tra uomo e donna sul posto di lavoro. Nell'azienda ferrarese oltre il 70 per cento dei 3.200 dipendenti è donna e, favorire un progetto di conciliazione della vita familiare e lavorativa diven-

ta una scelta oltre che di equità, di grande lungimiranza produttiva. Poiché è dimostrato che l'attivazione di strumenti quali il telelavoro e il mentoring per le donne rientrate al lavoro dopo il periodo di maternità, aumenta i livelli di efficienza e di rendimento produttivo.

Un altro punto che ha giocato un ruolo positivo nell'assegnazione del fondo è stato senz'altro la promozione di azioni "disseminate" che possano puntare alla semplificazione della vita dei dipendenti dell'azienda, realizzate però in modo "paritario"

e destinate sia al personale dirigente e sia al comparto.

Lo spiega con chiarezza la mentore di tutto il progetto, **Fulvia Signani**, dirigente psicologo e presidente dei comitati pari opportunità e mobbing della Asl Ferrara: «Il bando della presidenza del Consiglio chiedeva una strategia a 360 gradi. La promozione delle pari opportunità non si improvvisa. I comitati aziendali devono confrontarsi con le problematiche dei lavoratori attivando percorsi che siano in qualche modo risolutivi per il dipendente e sostenibili dalla Asl, senza dimenticare il ruolo strategico dei sindacati».

Il futuro delle pari opportunità prevede dunque percorsi di supporto alle neomamme, passando per un telelavoro dai risultati misurabili, fino alle moderne strategie di sostegno ai migranti e all'attenzione per le nuove emergenze discriminazione.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAZIO

Carta etica per gli operatori

Arriva la «Carta etica» per gli operatori di Sanità pubblica e privata. A sperimentarla è la Regione Lazio che ha dato il via libera alla sperimentazione di questo progetto messo a punto da un pool di esperti del ministero della Salute già nel 2007 (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 21/2007).

Prima in Italia, la «Carta etica» ha tra i suoi scopi anche quello di costituire un elemento di merito nella valutazione dell'operato dei servizi della Sanità.

L'obiettivo è identificare, promuovere e diffondere l'etica professionale dei codici deontologici di ogni professione, attraverso la condivisione e il confronto in gruppo, dei principi etici individuali che sottendono i singoli comportamenti professionali.

L'adesione ha carattere volontaristico, ma attraverso la relazione cittadino-operatore la Carta etica, sarà la somma delle etiche individuali dei lavoratori interessati, valorizzerà attraverso comportamenti appropriati i diritti, i bisogni, le aspettative e la partecipazione dei cittadini nei propri percorsi di cura.

Il codice condiviso e le relative regole professionali saranno trascritte all'interno della Carta che rappresenterà per i cittadini una garanzia in più di prestazioni che rispecchiano un codice etico condiviso e rispettato per la migliore umanizzazione dei servizi.

TOSCANA

Ticket per l'«Afa»

Si chiama Attività fisica adattata (Afa) ed è un programma specifico, adottato in Toscana, di esercizi svolti in gruppo, capaci di migliorare lo stile di vita o di limitare la disabilità. Destinatari: anziani fragili, vittime di ictus, diabetici e dializzati, donne che hanno subito una mastectomia e malati di Parkinson. Per potenziare le prestazioni, introducendo un "ticket" l'assessore alla Salute **Enrico Rossi** e i rappresentanti dei sindacati confederali, dei pensionati del lavoro autonomo e degli enti di promozione sportiva hanno siglato un protocollo ad hoc.

L'Afa negli ultimi due anni è stata introdotta in molte Asl: sono stati attivati 748 corsi in 316 tra piscine e palestre, che hanno raccolto l'adesione di oltre 12mila persone. Con la firma del protocollo, sindacati e associazioni si sono impegnati con la Regione per promuovere lo sviluppo di queste iniziative, fissando una tariffa a carico del cittadino di 2 euro per ogni incontro (2,5 per i programmi in piscina), più gli oneri assicurativi. Sono previste agevolazioni Isee.

L'estate sarda dei bimbi diabetici

Un solo obiettivo: farli sentire in tutto e per tutto uguali ai coetanei. Anche se la loro vita è messa ogni giorno a dura prova dal diabete. Così, grazie al Comitato tutela del bambino e al contributo prezioso di Bayer e Roche diagnostics, 17 ragazzi seguiti dalla Unità operativa di pediatria di Varese sono partiti alla volta della Sardegna per una vacanza davvero speciale. Che li vedrà impegnati tra un corso di vela e un torneo di calcio balilla, per finire con l'immancabile caccia al tesoro.

Perché tra il rifiuto della malattia e il non curarsi o farlo male, c'è sempre una terza via: imparare a convivere con il diabete. Senza per questo smettere di divertirsi. (Ce.Do.)

LOMBARDIA

Via libera al consorzio "Città della salute"

Sancita con delibera di Giunta la costituzione del Consorzio che curerà la realizzazione della Città della Salute, il nuovo polo di ricerca e cura che riunirà Sacco, Besta e Istituto dei tumori.

Il provvedimento autorizza i tre enti a costituire il "Consorzio Città della Salute e della Ricerca", che avrà tra gli altri compiti quello di stazione appaltante per la realizzazione dei lavori del nuovo complesso. Con lo stesso atto, è stato anche approvato lo statuto del Consorzio.

La Città della Salute vedrà riunite, nella stessa area dove oggi sorge solo l'Ospedale Sacco nella zona Nord-Ovest di Milano (e in parte di Novate Milanese), il Sacco stesso e le nuove sedi dell'Istituto neurologico Besta e dell'Istituto tumori. Si tratta di un'opera da 520 milioni e 1.405 posti letto, i cui lavori inizieranno entro ottobre 2011 e la cui conclusione avverrà entro giugno 2015. Con la firma dell'accordo di programma

ma dello scorso 7 aprile, la Regione Lombardia è scesa in campo con oltre 228 milioni di risorse proprie.

«La realizzazione dei nuovi edifici consentirà - ha spiegato l'assessore alla Sanità **Luciano Bresciani** - di mettere a disposizione di tutti i cittadini strutture modernissime e funzionali orientate alla ricerca, all'assistenza sanitaria e alla didattica, secondo i più elevati standard mondiali. I tre istituti, già oggi all'avanguardia nel campo dell'infettivologia, dell'oncologia e delle neuroscienze, potranno trarre ulteriore impulso dalla possibilità di svolgere la loro attività in modo armonizzato, ottimizzando strumenti e risorse e, pur mantenendo nel tempo ciascuno le proprie individualità e peculiarità, andranno nella direzione del sistema a rete degli ospedali di eccellenza, ciascun attore con matrici di responsabilità sinergiche sia nella erogazione sia nella ricerca».

IN BREVE

▼ **Sicilia: 12 milioni agli screening** Dovrebbe partire entro un paio di mesi in Sicilia un piano da 12 milioni di euro per fare prevenzione oncologica ad ampio raggio. Si punta infatti a effettuare, entro i prossimi tre anni, gli screening del colon retto, della mammella e del collo dell'utero sul 100% della popolazione bersaglio, la più a rischio.

▼ **Lazio/1: Rom, un piano anti-Tbc** Prevenire la diffusione della Tbc nei campi nomadi e informare e sensibilizzare le popolazioni migranti sulle modalità di trasmissione della malattia. Questo l'obiettivo del protocollo d'intesa finanziato dal Comune di Roma con 130mila euro, che partirà a settembre e cui parteciperà anche l'ospedale Spallanzani.

▼ **Lazio/2: manifesto per i bimbi** «Una società sana è una comunità in cui le sue giovani vite sono rispettate, accudite, salvaguardate, istruite, preparate ad affrontare il futuro». Comincia così il "Manifesto per la salute dei bambini e dei ragazzi", redatto da Alberto Ugazio, direttore Medicina pediatrica dell'Ospedale Bambino Gesù (www.ospedale-bambinogesu.com).

▼ **Toscana: valigetta per il bebè** Non più campioni di latte o biberon, ma una tutina di cotone, schede con consigli utili, un libro per le prime letture, un cd con filastrocche e ninnenanne. E il libro "Naturalmente mamma", per promuovere l'allattamento al seno, tradotto in tante lingue. È la nuova "valigetta del neonato" in distribuzione a tutte le maternità toscane.

▼ **Veneto: badanti, enti accreditati** Dall'autunno la Regione Veneto attiverà il Sistema Veneto badanti, affidato per la sua realizzazione a Veneto Lavoro. In pratica, la Regione accrediterà enti come cooperative sociali, agenzie interinali e altri che gestiranno tutta la parte burocratica, amministrativa e di formazione delle assistenti famigliari.

La ristrutturazione a rete dell'azienda ospedaliera milanese coinvolge anche 13 poliambulatori

Melegnano, 6 ospedali in 1

Nuova emergenza, più sale operatorie - Pressing su tecnologie e day hospital



Un processo di profonda trasformazione coinvolge i sei presidi ospedalieri e i tredici poliambulatori dell'Azienda ospedaliera di Melegnano impegnata a rispondere ai tanti e diversi bisogni di salute di oltre mezzo milione di abitanti. Molteplici sono quindi gli interventi che abbiamo messo in campo: dagli interventi strutturali alla riorganizzazione degli spazi fino all'acquisto di nuove apparecchiature tecnologiche. Nell'ottica di un potenziamento delle prestazioni e dell'ottimizzazione dei servizi, ciascun centro si concentrerà intorno a una specializzazione, pur lavorando in stretta sinergia con gli altri. Il nostro obiettivo infatti è quello di creare un unico grande ospedale a rete, fatto di realtà specializzate dove si concentrano le prestazioni, fino a oggi disperse tra le diverse strutture, garantendo un servizio continuo e più ampio e ottimizzando gli investimenti in attrezzature. Dal 1° gennaio di quest'anno, sono inoltre entrati a far parte dell'Azienda ospedaliera anche l'ospedale "Crotta Oltrocchi" di Vaprio d'Adda e i poliambulatori di Trezzo d'Adda, con il centro di Odontostomatologia. Molti gli impegni su cui stiamo lavorando con l'obiettivo di snellire le liste d'attesa.

Ciascun centro si concentrerà su una diversa specializzazione

I progetti di ristrutturazione coinvolgono in misura e in tempi diversi i vari presidi ospedalieri. A Vizzolo Predabissi tutte le aree di emergenza-urgenza saranno accorpate, così come le attività ambulatoriali e per esterni. Il pronto soccorso triplicherà gli spazi, pas-

PI attivi (aprile 2009)			
Presidio	Dh	Degenza ordinaria	Tot.
Vizzolo	36	315	351
Cernusco s/N	18	148	166
Melzo	19	181	200
Gorgonzola	14	29	43
Cassano	6	44	50
Vaprio	11	39	50

sando dagli attuali 620 metri quadrati a 2.191, con quattro locali visita, la shock room e l'astanteria e sarà previsto un pronto soccorso pediatrico, dove i bambini avranno un'area dedicata, con sei stanze di osservazione pediatrica, uno spazio dedicato all'allattamento e fasciatoi e un gruppo di animatori per l'intrattenimento dei bambini in attesa. Il progetto, che prevede una copertura finanziaria per 23,2 milioni di euro, è al vaglio della Regione Lombardia e del ministero, entro l'anno dovrebbe venire assegnato l'appalto e il nuovo pronto soc-

corso potrebbe diventare realtà in circa tre anni.

Le sale operatorie passeranno da sei a otto, ampliate anche la sala rianimazione, la dialisi (da 155 a 879 metri quadrati), gli ambulatori e il centro prelievi.

Grande attenzione anche al personale infermieristico per il quale, tra aprile e luglio 2008, è stato completamente ristrutturato il convitto che oggi mette a disposizione 11 stanze, con 18 posti letto, oltre alle aree comuni, come cucina e soggiorno. In progetto anche la realizzazione di un asilo nido

Attività di ricovero (2008)			
Presidi ospedalieri Ao Melegnano	Deg. ord.	Dh	Totale ric.
Cernusco s/N	6.575	903	7.478
Melzo	7.405	567	7.972
Gorgonzola	852	982	1.834
Vizzolo Predabissi	13.580	2.626	16.206
Cassano d'Adda	576	47	623
N.B.: Il Po di Vaprio D'Adda è entrato a far parte dell'Ao di Melegnano nel 2009			

aziendale, che potrà ospitare circa quaranta bambini per un investimento complessivo di 400mila euro. I dipendenti usufruiranno di una nuova area parcheggi, liberando uno spazio di 500 nuovi posti auto per l'utenza, che ci aiuteranno a risolvere l'annoso problema della sosta selvaggia.

Nel medio periodo si provvederà a completare l'aggiornamento e il potenziamento delle apparecchiature per le prestazioni di diagnosi e assistenza, con l'acquisto di una Risonanza magnetica nucleare (Rmn), a servizio anche della Stroke unit all'interno dell'Uo di Neurologia.

L'intervento principale sul Po di Cernusco sul Naviglio ha riguardato la realizzazione di una nuova rianimazione con sei posti letto attivi, a regime da luglio 2008, e nuovi ambulatori di gastroenterologia. Sono stati risistemati l'area di day hospital e il laboratorio di analisi, mentre il Centro immuno-trasfusionale e il punto prelievi sono traslocati nei nuovi locali. Questi interventi hanno avuto un finanziamento regionale di circa 7,5 milioni di euro.

Per il presidio ospedaliero "Zappatoni" di Cassano d'Adda è stata definita una vocazione riabilitativa e dallo scorso novembre può contare su una nuova struttura dedicata appunto alla riabilitazione cardiore-

spiratoria e neuromotoria, e alla dialisi, grazie a un investimento complessivo di quasi 11,9 milioni di euro, stanziati dalla Regione Lombardia secondo l'Accordo di programma del dicembre 2004. L'ospedale è stato oggetto di importanti opere di riconversione permettendo di passare da 31 a 44 posti letto per la degenza ordinaria, da quattro a sei posti tecnici di dialisi e sei posti in day hospital.

In una seconda fase i lavori hanno interessato l'ala monoblocco di più recente costruzione, in corso d'opera sono emersi limiti inattesi che rendono necessarie modalità di intervento diverse. In particolare, l'involucro esterno dell'edificio è costituito da pannelli di cemento amianto in pessimo stato di conservazione. Alla luce di tale situazione è stato deciso di sospendere i lavori, procedere alla riprogettazione integrale dell'edificio considerando il completo adeguamento normativo e l'eliminazione di tutti i materiali contenenti amianto. La fase successiva prevede la rassegnazione dei lavori sulla base del nuovo progetto.

È un intervento nel medio/lungo periodo, quello relativo al Po di Melzo che a fronte di uno stanziamento di 15 milioni di euro prevede una ristrutturazione delle camere con 175 posti letto e del centro trasfusionale. Nel breve periodo e

Ambulatoriale ('08)	
C/o i Po dell'Ao di Melegnano	Quantità
Cernusco s/N	811.573
Melzo	646.573
Gorgonzola	372.138
Vizzolo Predabissi	1.659.699
Cassano d'Adda	27.212
c/o strutt. poliamb. terr.	200.216
N.B.: Il Po di Vaprio d'Adda e il Poliamb. di Trezzo sono entrati a far parte dell'Ao di Melegnano nel 2009	

con fondi aziendali per 800.000 euro, si realizzerà invece il nuovo centro trasfusionale, attraverso la riorganizzazione di un piano della struttura, e una nuova camera mortuaria. Sempre dai fondi aziendali sono arrivati i 230mila euro necessari per i lavori di adeguamento degli impianti e le strutture per il servizio di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, terminati lo scorso gennaio.

È destinato a specializzarsi come polo di prevenzione e diagnosi precoce oncologica, oltre che hospice dedicato alle cure palliative per i malati terminali, il presidio di Gorgonzola, con 680 registrazioni nell'anno 2008 al 7° posto nella Rete oncologica lombarda.

Un finanziamento di 11,7 milioni di euro sarà dedicato all'accreditamento strutturale e impiantistico. Previsto inoltre un progetto preliminare per la realizzazione di due sale operatorie, che andranno a potenziare l'attività di day surgery, e per l'ampliamento delle attività specialistiche di Radiologia, del Laboratorio analisi, della dialisi e del Cps (Centro psicossiale).

Sul fronte dell'offerta spe-

cialistica all'interno della rete dei Poliambulatori è in atto una riorganizzazione operativa in piena condivisione con la Asl MI2.

Non potevamo naturalmente trascurare il rinnovo delle strumentazioni diagnostiche: oltre alla Risonanza magnetica di Vizzolo, sono infatti in fase di acquisto le Tac a 64 slice, per un valore complessivo di circa 3 milioni di euro finanziato dal contributo regionale e mezzi propri aziendali, destinate rispettivamente ai presidi di Cernusco e Melzo, e un eco cardiografo per uso ambulatoriale.

Il piano regionale degli investimenti riguarda inoltre il risparmio energetico, nella prospettiva di dotare in futuro alcune strutture ospedaliere di impianti fotovoltaici. Questo processo prenderà avvio dal Po di Vizzolo, per passare in un secondo tempo ad altri presidi dell'Azienda ospedaliera.

Un altro fronte di impegno è indirizzato al contenimento e rispetto delle liste d'attesa

previste dalla Regione. Una volta identificati i poli di riferimento, per prima cosa puntiamo a separare le agende dei primi accessi da quelle dei controlli. Un primo significativo risultato si è registrato, a esempio, negli interventi di cataratta, per i quali abbiamo ampliato dallo scorso settembre i turni della sala operatoria aprendo l'attività anche il sabato.

Claudio Garbelli
Direttore generale Ao
Ospedale di Circolo
di Melegnano

TUTTE LE REGOLE PER LE ASL

Spese legali, pagamento solo con fattura

Come noto si definiscono "avvocati antistatari" quei professionisti che si rivolgono direttamente alla parte soccombente per reclamare il pagamento delle spese legali, in conformità della sentenza di un giudice.

Ricordiamo che l'art. 93 del Codice di procedura civile - Distrazione delle spese - dispone che: «Il difensore con procura può chiedere che il giudice, nella stessa sentenza in cui condanna alle spese, distragga in favore suo e degli altri difensori gli onorari non riscossi e le spese che dichiara di avere anticipate. Finché il difensore non abbia conseguito il rimborso che gli è stato attribuito, la parte può chiedere al giudice, con le forme stabilite per la correzione delle sentenze, la revoca del provvedimento, qualora dimostri di aver soddisfatto il credito del difensore per gli onorari e le spese».

Capita abbastanza di frequente, nelle aziende sanitarie, che questi avvocati emettono fattura intestata all'impresa

fornitore dell'azienda sanitaria, nella quale specificano che l'importo sarà pagato da quest'ultima e la presentano al tesoriere con il decreto del giudice, in esito a una procedura esecutiva, che impone il pagamento delle spese legali al lordo delle ritenute.

In qualche caso succede che il tesoriere, senza coinvolgere gli uffici amministrativi, liquidi direttamente l'importo della fattura al professionista, senza operare alcuna ritenuta di acconto.

La procedura non è fiscalmente corretta.

Innanzitutto il tesoriere deve comunque agire nell'interesse dell'azienda e a suo nome, quindi, prima di effettuare un pagamento deve verificare la regolarità formale e fiscale dell'operazione, evitando che gli uffici amministrativi vengano a conoscenza dell'operazione quanto è ormai eseguita, consentendo

che gli avvocati utilizzino una "scorciatoia", irregolare dal punto di vista fiscale, sia agli effetti dell'Iva che delle ritenute di acconto.

In certi casi gli uffici amministrativi dell'azienda sanitaria, venendo a conoscenza a posteriori dell'irregolare pagamento diretto da parte del tesoriere di una fattura emessa dall'avvocato a carico del fornitore che aveva promosso l'azione esecutiva, ritengono di poter regolarizzare l'operazione versando la ritenuta di acconto, magari chiedendo il rimborso al professionista.

La procedura non è corretta in quanto l'azienda non ha ricevuto alcuna fattura dal professionista e così facendo aggrava anche il costo dell'operazione.

Non sarebbe valida neanche una dichiarazione liberatoria da parte dello stesso professionista, che esenti l'azien-

da dall'obbligo di versamento della ritenuta.

Non è possibile neanche invitare il professionista a versare lui stesso la ritenuta di acconto, essendo un obbligo che grava il sostituto di imposta.

L'eventuale versamento della ritenuta da parte del fornitore potrebbe soddisfare l'obbligo dello stesso quale sostituto di imposta, per una fattura a lui intestata, ma resta l'irregolarità agli effetti dell'Iva se non procede anche all'emissione della fattura a carico dell'azienda sanitaria.

Le alternative fiscalmente regolari sono due:

a) l'avvocato emette la fattura per le sue prestazioni a carico dell'azienda sanitaria soccombente nel giudizio; il tesoriere la paga, previo ricevimento mandato da parte dell'azienda, trattando le ritenute di acconto, che devo-

no essere poi versate a cura dell'azienda;

b) l'avvocato emette fattura a carico del suo cliente, che chiede il rimborso all'azienda sanitaria dell'importo delle prestazioni; il suo cliente detrairà l'Iva addebitata e a sua volta l'addebiterà all'azienda. Sulla fattura del fornitore non ci sono da operare ritenute di acconto. Il tesoriere pagherà, in questo caso, l'importo lordo della fattura emessa dal fornitore dell'azienda, sempre dietro mandato degli uffici amministrativi.

Per regolarizzare eventuali rapporti pregressi l'azienda sanitaria dovrebbe chiedere ai fornitori la fattura per le prestazioni pagate direttamente, tramite il proprio tesoriere, ai loro avvocati; sulle fatture pagate ai fornitori non sorge infatti alcun obbligo di operare ritenute di acconto.

Roberto Caselli



VENETO/ La Regione è capofila del progetto europeo di Ict "Renewing Health"

Telemedicina per le cronicità

L'obiettivo: diffondere su larga scala servizi già operativi a livello locale

La Sanità veneta si "rinnova" grazie alla telemedicina. Lo fa con un progetto, chiamato "Renewing health" (Regions of Europe working together for health) che si è aggiudicato un finanziamento europeo da 7 milioni. Il bando di assegnazione, rivolto alle autorità regionali europee, vede il Veneto capofila di una cordata di sei Regioni: Catalogna (Spagna), Syddanmark (Danimarca), Helse Nord (Norvegia), Päijät-Häme (Finlandia), Norrbotten (Svezia) e Trikala (Grecia).

Il progetto è il nono nel settore dei finanziamenti riservati all'Ict e il 52° tra quelli aggiudicati dalla Regione nel settore socio-sanitario. «Questo ennesimo successo - ha sottolineato l'assessore alla Sanità **Sandro Sandri** - è un'ulteriore dimostrazione della capacità del Veneto di lavorare e progettare in Sanità all'interno dell'Unione europea, ponendosi stabilmente tra le Regioni modello in ambito comunitario».

«Renewing health - ha spiegato Sandri - ha il fine di impiegare la telemedicina per garantire cure ai pazienti cronici anche al di fuori delle strutture di ricovero, e ridurne conse-

guentemente il tasso di ospedalizzazione». Il progetto punta a diffondere su larga scala servizi innovativi usando un approccio centrato sul paziente e un sistema rigoroso di valutazione. Si tratta di servizi già operativi a livello locale per il telemonitoraggio e il trattamento dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari, malattie croniche ostruttive polmonari e diabete.

Il costo totale di Renewing health è di 14 milioni e la durata di 36 mesi. Il progetto rientra nel programma quadro per la competitività e l'innovazione (Cip) per il 2007-2013, adottato dal Parlamento e dal Consiglio europeo e fa seguito al successo ottenuto con "Health Optimum",

I costi: 14 milioni per 36 mesi

ritenuto il miglior progetto europeo del 2006 nel campo della Sanità elettronica.

Health optimum ha permesso di riunire le aziende sanitarie della Regione sulla telemedicina all'interno del Consorzio Arsenàl.it, il Centro dedicato alla ricerca e all'innovazione per la Sanità digitale. Attraverso la progettazione di Arsenàl.it è stato possibile creare standard semantici e di interoperabilità comuni. I nuovi prototipi di e-health saranno sviluppati sul-

l'infrastruttura già realizzata per il teleconsulto neurochirurgico e il telelaboratorio. La gestione dei dati clinici di Renewing health avverrà attraverso il "Sistema di governo" dei servizi di telemedicina della Regione, mentre per la valutazione sarà adottato un sistema chiamato "MethoTelemed", che sarà applicato in tutte le regioni partecipanti.

Tra i risultati attesi ci sono la valutazione dei servizi pilota di telemedicina con la metodologia indicata; la validazione della metodologia stessa attraverso casi reali; la messa a punto di servizi di telemedicina nelle Regioni partecipanti al consorzio e successivamente la diffusione degli stessi a tutti i Paesi membri della Ue. Inoltre verrà creato un "Patological Patient Folder", una cartella clinica di patologie in cui vengono raccolti tutti i dati delle patologie prese in esame rendendo possibile l'eventuale correlazione di tali malattie con altre, come a esempio l'ictus, già presenti nella piattaforma Health Optimum.

I trials, che saranno effettuati parallelamente nelle sette Regioni, coinvolgeranno circa 9mila pazienti cronici e saranno avviati a partire da gennaio 2010.

Giuseppe Di Marco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAVORI IN CORSO

Veneto, approvato il piano per la medicina rigenerativa

La Regione Veneto ha varato il piano triennale per lo sviluppo medicina rigenerativa e cellule staminali. L'obiettivo è trovare nuove cure per leucemie, malattie dell'occhio, tumori, Parkinson, Alzheimer, diabete e degenerazione dei tessuti.

L'applicazione del Piano, che costerà 12 milio-

ni di euro, si tradurrà in una rete di quattro "cell factory" (Padova, Venezia-Mestre, Verona e Vicenza), di una biobanca a Treviso e di un laboratorio di ricerca traslazionale a Rovigo. La Regione ha affidato la gestione operativa al Corit, il Consorzio per la ricerca sul trapianto di organi, tessuti, cellule e medicina rigenerativa.

Lombardia: sinergie tra Regione, università e ospedali

Poli universitari e strutture di cura in rete grazie alla stipula di protocolli d'intesa. A prevedere la massima integrazione tra Regione, università e ospedali su assistenza, formazione e ricerca è la legge approvata giovedì scorso dal Consiglio regionale lombardo. Il testo disciplina i rapporti tra le facoltà di Medicina e Chirurgia degli atenei con sede in Lombardia e i soggetti privati accreditati che operano sul territorio regiona-

le. Il concetto fondamentale è portare l'università all'interno della rete dei servizi socio-sanitari, promuovendo percorsi comuni tra la ricerca di base delle università e le prestazioni ospedaliere.

La legge prevede anche un Comitato di indirizzo e di coordinamento, composto da direttori generali, rettori e presidi di facoltà, che parteciperà alla stesura di atti di programmazione regionale.

Lazio: nuovi macchinari per i detenuti di Regina Coeli

Consegnati a Regina Coeli 46 nuovi macchinari sanitari per la cura, la diagnosi e la prevenzione.

Si tratta della consegna della prima parte di una dotazione complessiva di 110 nuovi macchinari che la Regione Lazio ha acquistato per 2,5 milioni per gli ambulatori nelle carceri del Lazio.

Le nuove attrezzature, tra ecografi, defibrillatori, set per la rianimazione, la prevenzione e la diagnosi, sono

stati così dislocati: 46 a Regina Coeli, 32 a Rebibbia, 12 a Rieti, 9 a Frosinone, 7 a Civitavecchia e 4 a Velletri.

«La Regione ha ricevuto dal ministero della Giustizia le competenze sanitarie delle carceri - ha detto il vicepresidente della Giunta Esterino Montino - e abbiamo trovato un sistema difettoso, non tanto sulle prestazioni sanitarie, ma sulle attrezzature usate, anche fuori norma».

Sicilia: inaugurato a Salemi il quinto hospice della Regione

Una struttura unica nel suo genere in provincia di Trapani e la quinta a essere inaugurata in Sicilia. È l'hospice per le cure palliative annesso al presidio ospedaliero "Vittorio Emanuele III".

Il centro è stato finanziato, per un importo complessivo di un milione, nell'ambito del programma regionale per la realizzazione della rete di assistenza ai malati in fase avanzata o terminale.

L'hospice di Salemi è collegato alla rete dei servizi territoriali del distretto socio-sanitario di Mazara del Vallo. A occuparsi dei pazienti sono stati già individuati due medici con competenze specifiche: un anestesista rianimatore e un chirurgo oncologo, entrambi esperti in cure palliative. I medici saranno affiancati da infermieri, operatori socio-sanitari, ausiliari, assistente sociale, fisioterapista, psicologo e assistente spirituale.

a cura di **Lucilla Vazza**

VENETO/2

Ricerca, formazione ed équipe dedicata nel Dna della Banca dei tessuti di Treviso

I trapianti tissutali e cellulari hanno conosciuto nell'ultimo decennio una notevole evoluzione, grazie ai progressi conseguiti nel campo delle tecniche di coltura cellulare e della biologia delle bassissime temperature. L'impiego sempre più rilevante di tessuti omologhi ha portato allo sviluppo delle banche dei tessuti, strutture sanitarie pubbliche che raccolgono, trattano, conservano e distribuiscono tessuti per impianto clinico.

A Treviso, presso l'Ospedale Ca' Foncello, si è sviluppata a partire dal 1992 un'attività di raccolta e conservazione di tessuti cardiaci il cui volume di attività è cresciuto fortemente in pochi anni, sviluppando un'organizzazione sempre più efficiente e aperta alle richieste esterne, affinando le competenze nel campo della crioconservazione, sperimentando e operando a stretto contatto con i chirurghi.

Con l'entrata in vigore della legge 91/1999, che organizza il sistema dei trapianti in Italia, prevedendo che le Regioni individuino strutture pubbliche per la conservazione e distribuzione di tessuti e ne certifichino idoneità e sicurezza, il Veneto istituì e riconobbe la Banca Tessuti di Treviso quale riferimento per la Regione. La stretta collaborazione con le aziende ospedaliere del Triveneto e delle Marche ha permesso lo sviluppo di un'attività in continua crescita e a oggi, tra le 29 banche italiane, è l'unica banca multi-tessuto per la distribuzione in tutto il territorio nazionale (sono raccolti, processati, conservati e distribuiti tessuti cardiaci, vascolari, ossei, tendinei e placentari).

Grazie al gesto della donazione, alle strutture sanitarie e al lavoro degli operatori coinvolti, nel 2008 sono stati distribuiti 4.378 tessuti, collocando l'istituzione veneta ai vertici della classifica italiana e permettendole di realizzare la sua mission: «Migliorare la qualità della vita nelle persone che necessitano di tessuti omologhi».

Tra le particolarità che caratterizza-

no e rendono unica la nostra organizzazione spicca la presenza di una équipe autonoma di prelievo, reperibile 24 ore al giorno: infermieri specializzati che si recano nell'ospedale dove è avvenuta l'identificazione del potenziale donatore ed effettuano il prelievo in completa sicurezza; raggiungono la sede con un mezzo aziendale attrezzato con tutta la strumentazione che il prelievo richiede, completamente indipendenti dalla struttura che li ospita.

Nel corso degli anni sono aumentate le collaborazioni con le società scientifiche, le aziende ospedaliere e universitarie, e sempre più numerose sono state le partecipazioni alle attività formative e congressuali rivolte ai chirurghi utilizzatori; questo ha contribuito allo sviluppo della conoscenza di procedure e di potenzialità di impiego dei tessuti, sviluppando una rete di relazioni fondata su rapporti consolidati di collaborazione.

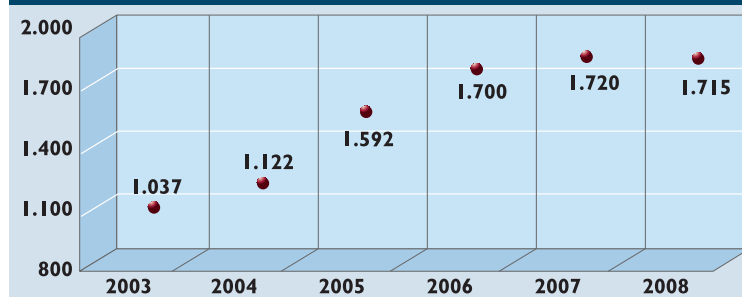
La Banca dei tessuti di Treviso svolge infine un importante lavoro di ricerca scientifica. La comprovata esperienza e competenza è riconosciuta a livello europeo, tanto da distinguerla e indicarla quale partner italiana all'interno di un progetto (euro Gtps "Good Tissue Practices") finalizzato alla stesura di linee guida per le attività delle banche dei tessuti europee. Attualmente in Europa non esistono procedure comuni che regolano le attività delle banche tessuti, ma è sempre più chiara l'esigenza di allineare e uniformare l'attività di tutte le strutture nazionali e internazionali per poter garantire alta qualità e sicurezza dei tessuti trapiantati. La scelta di partecipare al progetto è stata la conferma di come il modello organizzativo e i suoi risultati abbiano riconosciuto anche a livello comunitario facendo di Treviso un polo d'eccellenza.

Adolfo Paolin

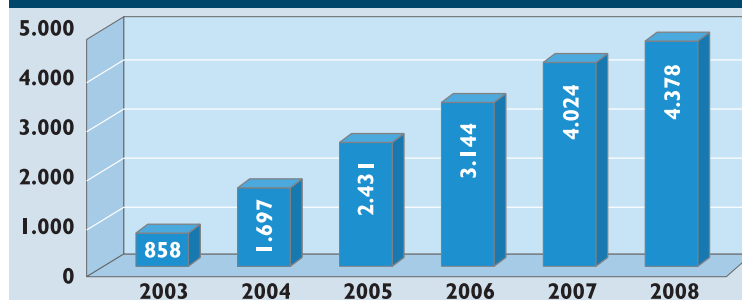
Direttore Banca dei tessuti della Regione Veneto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Partecipanti ai corsi di formazione



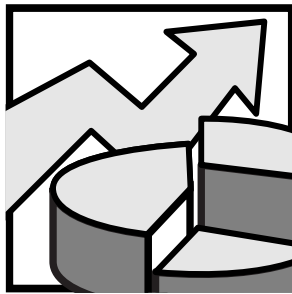
Numero dei tessuti distribuiti



CONTRAFFAZIONE/ I dati della Gdf sui sequestri: in 18 mesi 200mila confezioni a rischio

Cure false, web connivente

Indagine conoscitiva al Senato su mercati paralleli e prodotti lifestyle saving



TRAFFICI ILLEGALI

La contraffazione non demorde e in tempo di crisi diventa più virulenta, ma sembra interessare solo marginalmente il comparto dei farmaci: su 147 milioni di pezzi di prodotti contraffatti o insicuri sequestrati dalla Guardia di finanza negli ultimi 18 mesi, le confezioni farmaceutiche sono poco più di 200mila, mentre sono oltre 6,1 milioni pezzi i cosmetici falsificati e/o insicuri, gran parte di quali contenenti un conservante (methylidibromo glutaronitrile) vietato dal Welfare nel 2008. Il dato è stato fornito dal generale **Giuseppe Vicanolo**, capo del III Reparto operazioni del Comando generale Gdf nel corso dell'audizione tenuta la settimana scorsa alla Igiene e Sanità del Senato nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul fenomeno della contraffazione e dell'e-commerce farmaceutico. Se a tutelare i farmaci sono il meccanismo della tracciabilità che consente di seguire l'intero percorso di un medicinale, la gratuità delle cure e la rete delle farmacie che limitano drasticamente i motivi di ricorso al mercato illegale, lo stesso non può dirsi per i medicinali *lifestyle saving*, coinvolti nei traffici illeciti dei mercati paralleli come centri estetici, palestre e pro shop. Tra i sequestri citati da Vicanolo le 5mila confe-

zioni di Pramyl (Viagra dei poveri) bloccate a Fiumicino, le 3.500 fiale per l'ipertrofia prostatica conservate in un furgone carico di scarpe a 30° invece che in frigo, le 18mila file di dopanti, compreso il nandrolone, intercettati nel porto di Ancona.

La lista è lunghissima. Ma a l'aspetto più inquietante è emerso dalle esperienze investigative su Internet: «La rete è il canale più insidioso: è la nuova frontiera di ogni forma di contraffazione, farmaci inclusi», spiega **Luigi d'Ambrosio Lettieri**, segretario della XII Commissione e relatore dell'indagine, che condivide la fiducia di Vicanolo nelle misure contenute nel Ddl per lo sviluppo e l'internazionalizzazione delle imprese approvato a inizio luglio. Le contraffazioni reiterate e sistematiche (es. via Internet) punite con la reclusione da 2 a 6 anni; le indagini affidate all'Antimafia; sequestri e confische per sproporzione come deterrenza; possibilità di operazioni investigative sotto copertura rappresenteranno una svolta nelle strategie di aggressione all'attività criminosa nel settore. «Su questa falsariga - conclude Lettieri - proponemmo misure dedicate a contrastare l'e-commerce farmaceutico e la contraffazione dei farmaci».

Cosmetici: troppi pericoli in agguato

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nuovo antimalarico



Presentata all'Ema da **Sigma-Tau** la domanda di Aic per un nuovo antimalarico che segue la strategia terapeutica raccomandata dall'Oms sfruttando l'azione combinata di diidroartemisinina e piperachina, con un facile regime di somministrazione ed una protezione significativa da nuove infezioni. Il farmaco, altamente efficace nel trattamento della malaria non complicata rappresenta il primo prodotto nato dalla collaborazione tra Sigma-Tau e **Medicine for malaria venture**, organizzazione no-profit internazionale nata per scoprire, sviluppare e fornire farmaci antimalarici efficaci e a basso costo per debellare una patologia che in tutto il mondo colpisce 250 milioni di persone l'anno e causa circa 880mila morti, principalmente nell'Africa sub-Sahariana, l'85% delle quali è rappresentato da bambini di età inferiore ai 5 anni.



«Costretti a chiudere»

Chiusura il primo settembre per **Parent project Onlus**, associazione di promozione sociale che dal 1996 affianca famiglie e pazienti affetti da Distrofia muscolare di Duchenne/Beker, rimasta in panne per la mancata erogazione dei fondi assegnati a essa attribuiti nel gennaio 2008 per la realizzazione di due progetti di formazione e assistenza. A denunciare la situazione di estrema gravità è il presidente della Onlus, **Filippo Buccella**, in una lettera ai ministri del Welfare, della Pa e dell'Economia, ai presidenti di Camera e Senato e delle commissioni parlamentari di merito in cui segnala tra l'altro che l'associazione ha intanto provveduto all'avvio dei progetti approvati a proprie spese nei primi nove mesi di attività.



In pista il «conto terzi»

Si chiama «Gruppo produttori conto terzi» l'ultimo nato in casa **Farmindustria**, che vede come nucleo fondatore un raggruppamento di 11 aziende guidate da **Paolo Lanfranchi** (Doppel farmaceutici). Oiettivo della nuova entità, valorizzare e rappresentare il fenomeno del contoterzismo farmaceutico che proprio di recente sta vivendo una fase di grande evoluzione: secondo le stime dell'osservatorio Pharmintech, che studia il settore dell'indotto farmaceutico, il conto-terzi vale oggi a livello mondiale 26 miliardi di dollari e si prevede che la domanda cresca a 40 miliardi di dollari entro il 2011. In Italia le aziende specializzate sono un'ottantina, con circa 2.900 addetti e sviluppano un volume d'affari annuo pari a 550 milioni di euro.



L'adipe fonte di cura

Il tessuto adiposo è al centro di cinque progetti di ricerca che la **Swiss stem cell bank** (Sscb) - criobanca svizzera di Lugano nata nel 2004 - sta conducendo: gli studi si concentrano sulle cellule mesenchimali che possono essere ricavate proprio dal grasso e sul loro utilizzo nella rigenerazione dei tessuti. I progetti sono svolti in collaborazione con l'Unità di terapia cellulare nata dalla collaborazione della stessa Sscb, del cardio centro Ticino e del laboratorio di diagnostica molecolare. In questa direzione, l'Utc ha avviato recentemente la Cell factory: una «camera bianca» certificata a norma Gmp (Good manufacturing practices) e autorizzata dall'istituto svizzero di controllo Swissmedic.

Stima utili 2009 sale al 10%

Buona performance nel secondo trimestre 2009 per l'azienda farmaceutica francese **Sanofi-Aventis**, che ha annunciato profitti in crescita del 29% rispetto allo stesso periodo del 2008, soprattutto grazie alle vendite dell'insulina glargine e alle acquisizioni. L'utile netto si è attestato a 2,268 miliardi di euro mentre i ricavi sono cresciuti dell'11,2%, fino a quota 7.438 milioni di euro. L'azienda ha rivisto al rialzo la stima di crescita dell'utile al 10%, rispetto al previsto 7% e confermato gli obiettivi di trasformazione dell'impresa che punta al taglio di 2 miliardi di costi ricorrenti entro il 2013.



Accordo fatto con Nycomed

Recordati ha siglato un accordo di licenza con **Nycomed** per la commercializzazione in Italia di silodosina, nuovo farmaco indicato per il trattamento dei sintomi dell'iperplasia prostatica benigna. La domanda di Aic presentata all'Ema con procedura centralizzata dovrebbe essere approvata nel primo semestre 2010. La silodosina è un potente antagonista dei recettori adrenergici, cui blocco determina un rapido aumento del flusso urinario ed un miglioramento dei sintomi dovuti all'Ipb. Il farmaco è stato ottenuto in licenza da Recordati dalla giapponese Kissei per l'intera Europa, oltre a ulteriori paesi in Medio Oriente e Africa.

«Sì» dell'Ema a pixantrone



«Sì» dell'Ema all'avvio dell'iter per la domanda di registrazione a procedura centralizzata per il pixantrone presentata da **Cell therapeutics inc.** per il trattamento del linfoma non-hodgkin aggressivo. Azienda biofarmaceutica impegnata nello sviluppo di un portafoglio integrato di prodotti oncologici mirati a rendere i tumori maggiormente trattabili, Cti beneficerà dello stato di piccola-media impresa (Pmi), da parte dell'Unione Europea e dell'Ema, ottenendo riduzione dei costi e ulteriore assistenza nella fase di sviluppo.



Integratori al check dell'Efsa

Completata dall'Efsa - Autorità europea per la sicurezza alimentare - la prima valutazione a livello europeo delle sostanze utilizzate come fonti di vitamine e minerali negli integratori presenti sul mercato Ue. A partire dal 2005, l'Efsa ha esaminato 533 richieste di autorizzazione relative a 344 diverse sostanze: 186 richieste sono state ritirate dagli stessi produttori; per circa la metà delle restanti richieste le prove scientifiche fornite non sono state ritenute sufficienti a completare la valutazione; per 39 sono emersi possibili problemi di sicurezza alimentare. Da gennaio potranno continuare a essere utilizzate solo le sostanze inserite nell'elenco validato dall'Efsa.



I semestre 2009 in crescita

Primo semestre 2009 positivo per **Boehringer Ingelheim**, la seconda principale azienda farmaceutica in Germania: il Gruppo ha realizzato vendite nette per 6.388 milioni di euro, con un tasso di crescita del 15,7% superiore a quello del mercato farmaceutico mondiale. Risultati in rosa anche in Italia dove il Gruppo ha investito per l'ampliamento dell'attività produttiva chimica nel sito di Bidachem Spa. Si tratta di un'operazione da 60 milioni di euro che vedrà un netto aumento dell'occupazione entro il 2011 (+75% rispetto al 2006).



Partnership su denosumab

Annunciato da **Amgen** e **Glaxosmithkline** (Gsk) un accordo di commercializzazione di denosumab, anticorpo monoclonale sviluppato dall'azienda californiana contro l'osteoporosi post-menopausale: la collaborazione è estesa a Europa, Australia, Nuova Zelanda e Messico. In particolare Amgen commercializzerà la molecola per l'osteoporosi e l'oncologia in Usa e Canada e per tutte le indicazioni oncologiche in Europa e alcuni altri mercati. Gsk agirà nei Paesi dove Amgen non è presente commercialmente. La partnership prevede un pagamento di 120 milioni di dollari ad Amgen, più le royalties. In Europa, Amgen e Gsk procederanno alla ripartizione degli utili.

ITALIA IN RITARDO SUGLI SCREENING

La vitamina D futura star della prevenzione

Oltre un miliardo di persone ha livelli insufficienti di vitamina D nell'organismo: il dato è stato sottolineato dai 900 specialisti provenienti da oltre 20 Paesi nel corso del 3rd Dia sorin international meeting, svoltosi a fine maggio a Torino. La vitamina D - sostanza liposolubile normalmente presente nel nostro organismo - è stata da tempo riconosciuta come un importante nutriente che aiuta la formazione, lo sviluppo e il mantenimento della salute dell'osso. Negli ultimi anni, una crescente evidenza clinica supportata da numerosissime pubblicazioni scientifiche suggerisce un ruolo molto importante della vitamina D per la nostra salute in generale.

Essa può infatti rivestire un ruolo importante nella prevenzione alcuni tipi di tumore, malattie cardiovascolari, diabe-

te, sclerosi multipla, e altre patologie. Ciò che viene trascurato è il monitoraggio dei livelli di vitamina D, dalla cui conoscenza possono ricavarsi preziose indicazioni sui rischi clinici cui, con il tempo, può trovarsi esposto un cittadino oggi sostanzialmente sano.

Ma quanta vitamina D è necessaria a una persona? Gli esperti ritengono attualmente che la maggior parte delle persone di qualsiasi età necessitano di più quantità di vitamina D superiori a quelle indicate dalle linee guida correnti (deficienza <10 ng/mL; insufficienza 10-30 ng/mL; sufficienza 30-100 ng/mL; tossicità >100 ng/mL).

Tra le statistiche e dati presentati al convegno, spicca il fatto che circa il 9%

dei tumori della pelle possono bloccare parzialmente la formazione di vitamina D; inoltre il sole d'inverno è molto meno efficace di quello estivo nel produrre vitamina D. A rischiare le maggiori carenze è infatti chi si espone poco al sole, le persone con la pelle scura e le persone di colore, gli adulti con più di 50 anni, i bambini esclusivamente allattati al seno, le persone obese, le persone con patologie del fegato o dei reni, le persone che vivono in climi nordici.

Nei bambini la carenza di vitamina D può portare al rachitismo (scarso sviluppo delle ossa; crescita rallentata o incompleta) e può accrescere il rischio di sviluppare il diabete, la sclerosi multipla, l'artrite reumatoide e le patologie corre-

late a un limitato funzionamento del sistema immunitario. La carenza di vitamina D può colpire anche gli adulti, giocando ad esempio un ruolo importante nello sviluppo dell'osteoporosi.

Ma i lavori del convegno hanno messo in luce anche il maggiore rischio di sviluppare alcuni tipi di tumori quali il cancro al seno, alla prostata, al colon, all'endometrio.

Proprio per questi motivi la cosiddetta «vitamina del sole» sta avendo un momento di particolare interesse nella comunità scientifica internazionale: tra gli studiosi c'è chi anticipa che nel giro di pochi anni sarà «famosa» quanto il colesterolo e molti di noi, come per il colesterolo, conosceranno anche il pro-

prio valore di vitamina D.

Su tutti questi temi occorre senz'altro una maggiore informazione e un continuo confronto tra specialisti e medici di base per far comprendere al cittadino l'importanza della vitamina D e, soprattutto, un monitoraggio dei livelli ottimali. L'industria diagnostica deve invece puntare a offrire kit e tecnologie diagnostiche mirate per questo esame, a un costo prospetticamente sostenibile. Anche per questa patologia vale un vecchio adagio: prevenire oggi (ovvero, conoscere il tuo livello di vitamina D) è meglio che curare domani.

Mario Plebani
Presidente Sibioc
Carlo Rosa
Ad Diasorin Spa

LAVORO & PROFESSIONE

A PAG. 21

FISCO. Le entrate da lavoro autonomo vanno comunicate entro il 30 settembre

A PAG. 23

CASSAZIONE/1. Il medico non ha responsabilità se l'intervento è in emergenza

A PAG. 23

CASSAZIONE/2. Non c'è continuità di servizio per i convenzionati senza cumulabilità**PERSONALE/** Via libera della Corte dei conti dopo l'ok del Consiglio dei ministri e del Comitato di settore

Contratto firmato sotto il solleone

Aumenti in busta paga già da fine mese ma per gli arretrati c'è da aspettare di più

Personale, contratto firmato il 31 luglio. Appena in tempo perché gli aumenti possano arrivare nella busta paga di agosto e perché tutto non fosse rimandato a settembre inoltrato dopo la pausa estiva.

L'impegno che alle Regioni ha chiesto il Consiglio dei ministri per il via libera al nuovo articolo 10 (aumenti regionali) del del secondo biennio economico 2008-2009 del contratto del personale era sul tavolo del presidente dell'Aran, **Massimo Massella Ducci Teri** e del ministro dell'Innovazione della pubblica amministrazione, **Renato Brunetta**, già lunedì 27: «Lo scrivente Comitato - si legge nella lettera inviata dal presidente **Romano Colozzi** - si impegna a segnalare alle Regioni la necessità che, prima dell'erogazione delle risorse aggiuntive stanziate a livello di singola Regione in attuazione dell'art. 10, venga effettuata una verifica da parte dei competenti organi di controllo circa la sussistenza dei risparmi previsti nell'articolo medesimo. Il Comitato stesso provvederà anche a rappresentare alle Regioni medesime la necessità che le suindicate risorse rientrino nelle verifiche bilaterali con il Governo, nell'ambito del Tavolo di monitoraggio ex art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in funzione della successiva erogazione delle stesse».

A stretto giro l'Aran ha "ritoccato" il testo, concordando le modifiche finali con i sindacati e inviato mercoledì 29 il tutto alla Corte dei conti che giovedì 30 ha dato «certificazione positiva» a tutto il contratto.

E sempre sul filo del rasoio del tempo, venerdì 31 luglio tutti all'Aran per una firma finale sotto il

Gli aumenti del secondo biennio (euro)									
Liv.	2008		2009		Liv.	2008		2009	
	Annuo	Mens.	Annuo	Mens.		Annuo	Mens.	Annuo	Mens.
A	77,04	6,42	616,68	51,39	C1	98,4	8,2	787,56	65,63
A1	79,2	6,6	633,84	52,82	C2	101,88	8,49	815,04	67,92
A2	81,24	6,77	650,52	54,21	C3	105,24	8,77	842,76	70,23
A3	82,44	6,87	660,36	55,03	C4	110,4	9,2	883,56	73,63
A4	83,88	6,99	671,76	55,98	C5	115,68	9,64	926,16	77,18
A5	85,32	7,11	683,28	56,94	D	103,56	8,63	829,44	69,12
B	83,28	6,94	666,48	55,54	D1	107,4	8,95	859,8	71,65
B1	85,68	7,14	685,56	57,13	D2	110,88	9,24	887,52	73,96
B2	88,08	7,34	705,6	58,8	D3	114,36	9,53	915	76,25
B3	89,76	7,48	718,2	59,85	D4	117,72	9,81	942,72	78,56
B4	91,56	7,63	733,08	61,09	D5	121,32	10,11	971,04	80,92
B5	93,48	7,79	748,32	62,36	D6	125,76	10,48	1.006,08	83,84
Bs	86,28	7,19	690,48	57,54	Ds	111,72	9,31	894,48	74,54
Bs1	88,92	7,41	712,08	59,34	Ds1	116,16	9,68	929,52	77,46
Bs2	91,56	7,63	733,2	61,1	Ds2	120,6	10,05	965,64	80,47
Bs3	93,48	7,79	748,2	62,35	Ds3	125,28	10,44	1.002,72	83,56
Bs4	96,6	8,05	772,92	64,41	Ds4	129,12	10,76	1.033,44	86,12
Bs5	99,72	8,31	798,6	66,55	Ds5	133,08	11,09	1.065,48	88,79
C	95,4	7,95	763,92	63,66	Ds6	138,6	11,55	1.109,40	92,45

Gli arretrati fino a luglio 2009 (euro)								
Livelli	2008	2009	Totale		Livelli	2008	2009	Totale
A	83,46	359,73	443,19		C1	106,60	459,41	566,01
A1	85,80	369,74	455,54		C2	110,37	475,44	585,81
A2	88,01	379,47	467,48		C3	114,01	491,61	605,62
A3	89,31	385,21	474,52		C4	119,60	515,41	635,01
A4	90,87	391,86	482,73		C5	125,32	540,26	665,58
A5	92,43	398,58	491,01		D	112,19	483,84	596,03
B	90,22	388,78	479,00		D1	116,35	501,55	617,90
B1	92,82	399,91	492,73		D2	120,12	517,72	637,84
B2	95,42	411,60	507,02		D3	123,89	533,75	657,64
B3	97,24	418,95	516,19		D4	127,53	549,92	677,45
B4	99,19	427,63	526,82		D5	131,43	566,44	697,87
B5	101,27	436,52	537,79		D6	136,24	586,88	723,12
Bs	93,47	402,78	496,25		Ds	121,03	521,78	642,81
Bs1	96,33	415,38	511,71		Ds1	125,84	542,22	668,06
Bs2	99,19	427,70	526,89		Ds2	130,65	563,29	693,94
Bs3	101,27	436,45	537,72		Ds3	135,72	584,92	720,64
Bs4	104,65	450,87	555,52		Ds4	139,88	602,84	742,72
Bs5	108,03	465,85	573,88		Ds5	144,17	621,53	765,70
C	103,35	445,62	548,97		Ds6	150,15	647,15	797,30

solleone e via libera al contratto la cui intesa era stata raggiunta a metà maggio.

In questo modo le aziende potranno prevedere gli aumenti già nella busta paga di agosto, anche se per gli arretrati in alcuni casi potrebbe volerci un po' di più: la precedente tornata si è prolungata anche fino a tre mesi.

Le novità in vigore. L'aumento medio a regime dal 1° gennaio 2009 è di 72 euro medi (con effetti positivi anche sulla pensione e sul calcolo della liquidazione) a cui si aggiungerà per i più meritevoli la quota di premio per la produttività locale che potrà essere al massimo di 20 euro medi mensili. Sul versante economico, si supera la quota massima pari alle vecchie 10 mila lire per il ticket restaurant, con la possibilità di definire una quota superiore nella trattativa decentrata e comunque esclusivamente con risorse aziendali.

Nel contratto c'è anche l'impegno al confronto in ogni Regione sul precariato per valutare la possibilità di rinnovo o proroga dei contratti a tempo determinato.

Prorogate anche le prestazioni aggiuntive: gli accordi aziendali sono confermati fino al prossimo rinnovo contrattuale e questo argomento sarà anche materia del confronto regionale per la definizione di linee di indirizzo.

Infine la mobilità. Il contratto prevede la possibilità per le aziende di mobilità del personale entro 25 chilometri, dopo il confronto con il sindacato a livello regionale sulle eventuali deroghe per particolari situazioni di disagio territoriale e contesto lavorativo.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FORMAZIONE CONTINUA

Ecm: nuove regole al via in settembre

Pronte per l'esame in Stato-Regioni le nuove regole per l'accreditamento dei provider e la formazione a distanza (Fad) messe a punto dalla Commissione nazionale Ecm.

Come stabilito dall'accordo del 2007, il documento - che è frutto del lavoro a quattro mani tra i membri della Commissione e il Comitato tecnico delle Regioni, appositamente creato al suo interno - sarà trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni per l'approvazione definitiva. Il placet sarà presumibilmente ultrarapido: la presentazione ufficiale delle nuove regole è già in programma a Cernobbio per metà settembre. L'accreditamento dei provider sarà affidato alla Commissione nazionale o alle Regioni a seconda dell'ambito di attività: spetterà all'ente accreditante verificare la permanenza dei requisiti di accreditamento, in particolare per quanto riguarda la qualità della formazione proposta.

Accreditamento vietato per produttori di farmaci o presidi medici, che possono però sponsorizzare la formazione, secondo rigide regole di trasparenza. A vigilare ci penserà un Comitato di garanzia appositamente istituito che dovrà verificare qualità e indipendenza dei provider che non forniscono prestazioni sanitarie ma operano nel campo della formazione.

L'albo dei provider sarà pubblicamente consultabile e saranno rese note le eventuali sanzioni ricevute. Ogni ente accreditante produrrà inoltre un rapporto annuale sulle attività e le verifiche effettuate. Il tutto confluirà nel rapporto annuale sulle attività Ecm in Italia curato dal Cogepas, Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie, che riunisce le Federazioni nazionali degli Ordini e dei Collegi e le associazioni dei professionisti coinvolti nel progetto Ecm.

LE SCADENZE FISCALI DI AGOSTO**DI ALBERTO SANTI****Lunedì 1****■ Irap - Acconto mensile dovuto dalle amministrazioni dello Stato e dagli enti pubblici**

Scade il termine per il versamento dell'acconto mensile dell'Irap dovuta dagli enti pubblici (incluse le Asl), dagli organi e dalle amministrazioni dello Stato, calcolato in base alle retribuzioni e ai compensi corrisposti nel mese di luglio, ai sensi dell'articolo 30 del Dlgs 446/1997. Dal 1° gennaio 2008, gli enti pubblici sottoposti al vincolo del sistema di tesoreria unica dello Stato devono utilizzare i nuovi Modelli F24/EP per il versamento dell'Irap e delle ritenute alla fonte, incluse le addizionali. Con risoluzione n. 367/E del 12 dicembre 2007, sono stati approvati i relativi codici tributo.

■ Sostituti d'imposta - Versamento ritenute alla fonte

Scade il termine entro il quale i sostituti d'imposta devono versare le ritenute alla fonte operate nel corso del mese di luglio sui redditi di varia natura corrisposti, quali redditi di lavoro dipendente e assimilati, redditi di lavoro autonomo, provvigioni ad agenti e rappresentanti di commercio, redditi di capitale e assimilati ecc. Per i versamenti diretti al concessionario della riscossione i contribuenti, titolari o meno di partita Iva, utilizzano il Mod. F24. Il modello deve essere presentato con modalità telematiche per i titolari di partita Iva, ovvero, a un'azienda di credito convenzionata, al concessionario della riscossione o a un ufficio postale abilitato, per i non titolari di partita Iva.

■ Sostituti d'imposta - Redditi di lavoro dipendente e assimilati - Versamento addizionali regionale e comunale
Le addizionali regionale e comunale sui redditi di lavoro dipendente e assimilati sono dovute al momento in cui vengono eseguite le operazioni di conguaglio, con possibilità di avvalersi al massimo di undici rate (il versamento è dovuto invece in unica soluzione allorché cessi il rapporto di lavoro).

■ Iva - Versamento mensile

Ultimo giorno per eseguire il versamento, da parte dei contri-

buenti mensili, dell'Iva a debito, risultante dalla differenza fra l'imposta esigibile del mese precedente risultante dalle operazioni attive registrate o da registrare e l'imposta risultante dai documenti di acquisto registrati. Il versamento, se di importo superiore a 25,82 euro, deve essere effettuato mediante il mod. F24; se l'ammontare del debito verso l'Erario non supera tale limite, il versamento si opera unitamente a quello del mese di dicembre.

■ Iva - Versamento trimestrale

Scade oggi il termine per eseguire il versamento dell'Iva a debito risultante dalla liquidazione relativa al secondo trimestre del 2009, con la prescritta maggiorazione a titolo di interesse pari all'1 per cento, da parte dei contribuenti che abbiano esercitato l'opzione di cui all'articolo 33 del Dpr 633/1972.

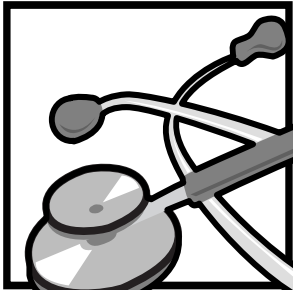
■ Iva annuale - Versamento rateale

Per i contribuenti che abbiano scelto di versare l'Iva risultante dalla dichiarazione annuale in rate mensili di uguale importo, oggi è la scadenza per il pagamento della sesta rata, con applicazione degli interessi nella misura dello 0,40% mensile o frazione di mese a decorrere dal 16 marzo.

PREVIDENZA/ Le entrate da lavoro autonomo vanno comunicate entro il 30 settembre

Dichiarazione per il cumulo

Perde un anno di pensione chi non segnala i redditi al proprio ente



Ultima denuncia per il cumulo tra pensione e redditi. I titolari di pensione, con decorrenza compresa entro il 2008, soggetti al divieto di cumulo parziale sono tenuti a dichiarare, entro il 30 settembre 2009, i redditi da lavoro autonomo conseguiti l'anno scorso.

Nonostante l'approvazione dell'abolizione del divieto di cumulo previsto dalla legge n. 133/2008 i pensionati soggetti alla trattenuta parziale della pensione per la presenza di redditi da lavoro autonomo, dovranno presentare al proprio ente previdenziale la dichiarazione dei redditi 2008. Il divieto viene, infatti, meno per i redditi prodotti dal 1° gennaio 2009, ma resta ancora in vigore per i redditi prodotti nel 2008. Sono esclusi dall'obbligo di dichiarazione, in quanto non soggetti al divieto di cumulo della pensione con i redditi da lavoro autonomo: i titolari di pensione diretta di qualsiasi categoria (anzianità, invalidità, prepensionamento) avente decorrenza compresa entro il 31 dicembre 1994; i titolari di pensione di vecchiaia; i titolari di pensione di anzianità a carico delle gestioni dei lavoratori dipendenti con decorrenza compresa tra il 1° gennaio

1995 e il 30 settembre 1996 che abbiano perfezionato i requisiti di assicurazione e di contribuzione per il diritto alla pensione entro il 31 dicembre 1994. E poi ancora: i titolari di pensione di anzianità a carico delle gestioni dei lavoratori dipendenti con decorrenza compresa tra il 1° ottobre 1996 e il 31 dicembre 1997 che abbiano perfezionato i requisiti per il diritto alla pensione entro il 1994, sempreché alla data del 30 settembre 1996 facciano valere, unitamente ai 35 anni di assicurazione e di contribuzione, anche 52 anni di età o almeno 36 anni di contribuzione indipendentemente dall'età; i titolari di pensione di anzianità a carico delle gestioni dei lavoratori autonomi con decorrenza compresa tra il 1° gennaio 1995 e il 31 dicembre 1996 che abbiano perfezionato i requisiti per il diritto alla pensione entro il 31 dicembre 1994; i titolari di pensione di anzianità a carico delle gestioni dei lavoratori autonomi con decorrenza compresa tra il 1° gennaio 1997 e il 31 dicembre 1997 che abbiano perfe-

zionato i requisiti per il diritto alla pensione entro il 1994, sempreché alla data del 30 settembre 1996 facciano valere, unitamente ai 35 anni di assicurazione e di contribuzione, anche 55 anni di età; i titolari di pensione di anzianità, di pensione o assegno di invalidità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti, delle forme di previdenza esonerative, esclusive, sostitutive della medesima, delle gestioni previdenziali dei lavoratori autonomi con un'anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni.

Introdotta nel 1992, il divieto di cumulo fra trattamento pensionistico ed eventuale altro reddito da lavoro, ha rappresentato un anacronistico balzello di un periodo in cui le necessità economiche del Paese imponevano una serie di restrizioni. Restrizioni, in gran parte superate nel tempo, anche perché, come nel caso del divieto di cumulo, sono state spesso aggirate da furberie degli interessati che optavano per una retribuzione "in nero" che ne annullava il rigore.

E se la norma originaria poneva in essere per le pensioni di vecchiaia un limite di cumulabilità con i redditi da lavoro dipendente e autonomo nella misura del 50% fino a concorrenza dei redditi stessi, la stessa decretava drasticamente, per le pensioni anticipate d'anzianità, la non cumulabilità totale per i redditi da lavoro dipendente, e del 50% per quelli da lavoro autonomo. La norma si è via via addolcita arrivando ad annullare il divieto di cumulo per le pensioni di vecchiaia, o a essa assimilate con il raggiungimento dei quaranta anni di contribuzione, e limitando il danno a una parte del trattamento per le pensioni d'anzianità.

Va ricordato che l'inosservanza della denuncia dei redditi conseguiti nel 2008 comporta l'applicazione di una sanzione particolarmente onerosa. Infatti le disposizioni, ancora vigenti, prevedono, per i pensionati che omettano di segnalare al proprio ente quanto richiesto, una penale equivalente all'importo annuo della pensione percepita nel corso dell'anno a cui si riferisce la dichiarazione.

C.A. Testuza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FISCO

Onlus, donazioni scontate se a favore del non profit

Semaforo verde del fisco per le Onlus che scelgono di erogare, in forma gratuita, somme di denaro a favore di enti senza scopo di lucro, che operano prevalentemente e direttamente in settori come l'assistenza sociale e socio-sanitaria, l'istruzione, la formazione, la tutela e la valorizzazione dell'ambiente ecc. Si tratta di una attività che può essere ricondotta nell'ambito della beneficenza, settore in cui le Onlus, cosiddette "erogative", possono quindi operare usufruendo del regime fiscale agevolato.

Lo ribadisce la risoluzione numero 192/E, diffusa la settimana scorsa, con la quale l'agenzia delle Entrate torna sulla nozione di beneficenza, come delineata dall'articolo 30 del Dl anticrisi (decreto legge 185/2008).

In particolare il Fisco spiega che, per far rientrare l'erogazione gratuita a questi enti entro le attività di beneficenza, le somme devono comunque provenire dalla gestione patrimoniale e da donazioni appositamente raccolte e dirette alla realizzazione di progetti di utilità sociale. Peraltro questa destinazione delle erogazioni a progetti di utilità sociale comporta sia la necessità della tracciabilità della donazione attraverso strumenti bancari o postali che evidenzino la particolare causa del versamento, sia l'esistenza non di un programma generico, ma di uno già definito nell'ambito del settore di attività dell'ente destinatario.

LE PROPOSTE DELL'AOGOI PER SGONFIARE IL CONTENZIOSO

I ginecologi: «Depenalizzare la colpa medica»

La "medicina difensiva" ha assunto in Italia una rilevanza unica nel panorama europeo, con costi pari a un quarto dell'intero bilancio del Servizio sanitario nazionale, un impegno per la magistratura che corrisponde a un terzo del totale dei processi celebrati e un carico pesantissimo sui professionisti. Sulla base delle rilevazioni condotte dall'Ania (l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici) il totale dei sinistri denunciati dal 1995 al 2005 è passato da 17.303 a 28.633, con un incremento del 65% (si veda la tabella 1). Come si è giunti a questa situazione "patologica" e come è possibile rimediare? L'Aogoi (Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani) si interroga su questo tema da oltre dieci anni, lavorando al fianco delle istituzioni per individuare risposte concrete, capaci di alleggerire l'insostenibile pressione che grava sul medico mentre svolge quotidianamente il suo lavoro.

L'Aogoi ha studiato gli eventi avversi nei quali sono rimasti coinvolti i nostri associati e si adopera per rendere consapevoli i professionisti dei rischi nei quali possono incorrere con maggior frequenza (si veda la tabella 2). L'obiettivo è indicare le procedure più corrette e i comportamenti più sicuri da osservare quando si eseguono gli interventi che fanno registrare un più elevato tasso di eventi avversi, così da aumentare la sicurezza del paziente. È un lavoro che procede con difficoltà, perché il medico non è disposto a collaborare nella ricerca delle cause che hanno provocato il danno. C'è il rischio, infatti, che nel pro-

I sinistri denunciati *						
Anno di protocollazione	Rc strutture sanitarie	Δ %	Rc professionale medici	Δ %	Totale Rc medica	Δ %
1994	6.345		3.222		9.567	
1995	11.411	79,9%	5.892	82,9%	17.303	80,9%
1996	13.028	14,2%	4.028	-31,6%	17.057	-1,4%
1997	18.672	43,3%	4.829	19,9%	23.501	37,8%
1998	21.678	16,1%	6.036	25,0%	27.714	17,9%
1999	23.261	7,3%	9.073	50,3%	32.334	16,7%
2000	23.249	0,0%	10.078	11,1%	33.327	3,1%
2001	21.911	-5,8%	11.238	11,5%	33.149	-0,5%
2002	19.028	-13,2%	11.443	1,8%	30.471	-8,1%
2003	16.586	-12,9%	10.874	-5,0%	27.460	-9,9%
2004	16.356	-1,3%	11.988	10,2%	28.344	3,3%
2005	16.343	-0,1%	12.290	2,5%	28.633	1,0%
2006	16.424	0,5%	11.959	-2,7%	28.383	-0,9%
2007	16.128	-1,8%	13.415	12,2%	29.543	4,1%
(*) Stima Ania del numero dei sinistri per l'intero mercato					Fonte: Rapporto Ania 2008/2009	

cedimento penale le sue dichiarazioni vengano utilizzate contro di lui, come succede in altri Paesi, compresi gli Usa. Una legge dovrebbe impedire l'utilizzo nella causa penale delle dichiarazioni rese al fine di prevenire il rischio clinico. Tutto questo, ovviamente, senza intaccare il diritto del paziente a ricevere un equo risarcimento in caso di lesione subita.

Le proposte di legge presentate fino a oggi, inclusa la più recente (lo schema di testo unificato «Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario», in discussione al Senato) si soffermano sul solo versante civile, mentre è noto che il fattore penale rappresenta il vero nocciolo del problema. Un tabù per la nostra cultura, che rischia però di mandare in tilt l'intero

sistema. Basti pensare che le polizze a carico del medico si aggirano in media sui 10-12.000 euro a fronte di un guadagno mensile che non supera i 2.500 per un giovane professionista. Cinquecento milioni di euro gravano sulla Sanità italiana per polizze di assicurazione professionale (fonte: Ania).

La proposta che come Aogoi sosteniamo prende esempio da esperienze internazionali per agire su due fronti: la differenziazione del danno e la definizione di un tetto massimo di risarcimento. Il tutto attribuendo maggior potere agli Ordini professionali.

Il danno andrebbe suddiviso fra le lesioni che hanno comportato esiti transitori o permanenti per il paziente e gli eventi che ne hanno causato la morte. In consi-

derazione della complessità e delle difficoltà che può presentare il lavoro del medico, le lesioni colpose dovrebbero essere prive di interesse penale. Troppo spesso infatti questa via viene utilizzata di routine per esercitare maggiore pressione e ottenere un risarcimento in tempi più rapidi rispetto al processo civile, che invece sarebbe più che appropriato e sufficiente. La dimostrazione dell'evidente stortura del sistema deriva dalla percentuale di assoluzioni dei processi penali per colpa medica, che supera l'80 per cento. Questa via dovrebbe invece essere mantenuta nei casi più gravi, quando si verifica la morte del paziente ed è necessario escludere ogni possibilità di colpa. L'altro aspetto su cui agire è l'ammontare dell'entità del risarcimen-

Gli errori nel parto	
Evento	%
Morte fetale	32,2
Lesioni feto/Neonato	15,8
Malformazione non diagnosticata	14,1
Morte della paziente	8,4
Distocia di spalla con esiti	8,1
Lesioni anatomiche della madre	7,4
Isterectomia non prevista	5,0
Fonte: Aogoi	

to, da codificare con parametri uguali per tutto il territorio nazionale e non lasciata come avviene ora all'ampia discrezionalità del magistrato. Con cifre crescenti che raggiungono spesso svariati milioni di euro e costringono il medico a innalzare progressivamente la sua polizza assicurativa.

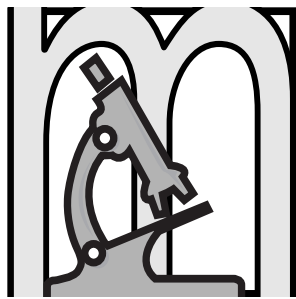
Per sostenere i professionisti nei contenziosi giudiziari, l'indirizzo attuale, a norma del contratto collettivo nazionale, prevede una polizza aziendale. Ma anche questa misura si rivela insufficiente a dare tranquillità ai medici e, senza tabelle prestabilite per il danno biologico, troppo onerosa per la collettività.

L'Europa offre ottimi esempi cui ispirarsi per un ripensamento complessivo del sistema. Nei Paesi anglosassoni gli eventi lesivi

non voluti costituiscono un illecito solo civile, che obbliga l'assicurazione del professionista o della struttura a risarcire il paziente, senza che si configuri una responsabilità penale a carico del medico. Il modello prevalente è quello in cui i Consigli degli Ordini attivano le procure solo laddove lo ritengano indispensabile, con una prima azione di filtro molto selettiva, capace di ridurre al minimo il contenzioso. Oppure, come avviene in Francia, non si configura alcuna responsabilità del medico e vige il sistema di risarcimento senza colpa. Un istituto giuridico che tiene in considerazione la complessità del nostro mestiere e l'importanza dei riflessi anche psicologici dell'attuale pressione sul medico. Con rischi che vanno da un estremo all'altro, dall'omissione all'eccesso di interventi. E un costo personale e collettivo altissimo, come l'Aogoi denuncia da tempo.

E i pazienti? Una ridefinizione del sistema gioverebbe, in primo luogo, a loro. Non verrebbe infatti intaccato il principio di un equo risarcimento a fronte del danno patito, anzi. Si potrebbero garantire più certezze, senza l'arbitrarietà del singolo magistrato per stabilire l'entità delle somme dovute. Si sbloccerebbero risorse preziose da reinvestire in assistenza. E si assicurerebbe ai malati di essere seguiti da professionisti in grado di operare nella massima tranquillità e libertà di giudizio, come la nostra deontologia professionale richiede.

Antonio Chiantera
Segretario nazionale Aogoi



Al Maugeri la certificazione Eusoma che individua i centri d'eccellenza per il tumore al seno

Pavia prima breast unit d'Italia

Oltre 600 casi trattati e 150 diagnosi l'anno - Targeted surgery nel mirino

Nello scorso mese di maggio all'Unità di Senologia e Chirurgia plastica oncologica dell'Irccs Fondazione Maugeri di Pavia è stata conferita la certificazione di breast unit, prima e unica in Italia. Si tratta di un riconoscimento che Eusoma (European society of breast cancer specialists), istituto che individua i criteri di eccellenza per i centri dedicati alla cura del tumore al seno, conferisce ai centri di Senologia che si distinguono per l'elevata casistica trattata e l'alto livello di specializzazione del team medico e infermieristico che prende in carico la paziente per la diagnosi e la cura del cancro in tempi brevi.

L'obiettivo della certificazione Eusoma è quello di evidenziare i centri di eccellenza nella diagnosi e cura del tumore al seno, in modo da far confluire il maggior numero di casi in pochi centri altamente specializzati. In questo modo le esperienze non vengono disperse ma raccolte da un personale sempre più esperto. All'interno di una breast unit si svolgono almeno 5mila mammografie l'anno, con almeno un radiologo che analizza 500 mammografie, ed è garantita la presenza, nello staff chirurgico, di almeno un chirurgo che compie un minimo di 50 operazioni l'anno, come primo operatore. Solo l'esperienza e la pratica continua rendono lo specialista così attento e capace di rilevare anche i segni di allarme più piccoli. Il primo requisito richiesto a un centro di Senologia per essere riconosciuto breast unit, consiste infatti nell'avere "massa critica", vale a dire più di 150 nuove diagnosi l'anno, ovvero un numero tale di pazienti seguite

che permette all'équipe di mantenere un ottimo livello di abilità e di specializzazione, senza contare il continuo aggiornamento richiesto al personale a tutti i livelli. È questo un fattore di estrema importanza perché dà alla donna maggiori sicurezze: il suo problema di salute viene affrontato da una "squadra" che si dedica quotidianamente e collegialmente a questa patologia.

Nella nostra Unità di Senologia di Pavia vediamo oltre 600 nuovi casi l'anno di tumore al seno, svolgiamo circa 2mila visite complessivamente, oltre 3.500 ecografie mammarie, quasi 6mila mammografie, 50 risonanze magnetiche alla mammella e analizziamo 350 linfonodi sentinella. Ben oltre i limiti minimi previsti da Eusoma. Il nostro servizio di Radiologia, diretto da Carluccio Gatti, esegue sia gli accertamenti periodici a carattere preventivo, sia i necessari approfondimenti diagnostici nelle lesioni sospette supportando il chirurgo in fase pre e post operatoria. Successivamente vengono eseguiti gli esami nella stadiazione del tumore, importanti nel follow up della paziente. Disponiamo inoltre di un servizio di Anatomia patologica, diretto da Mario Scelsi, correlato all'attività dei colleghi di Senologia e dotato dei requisiti richiesti da una breast unit. Ciò permette di guadagnare tempo prezioso per la diagnosi e il trattamento del tumore al seno. Infatti, durante l'intervento per l'esecuzione del linfonodo sentinella diamo un responso in tempo reale, con la paziente ancora sotto l'effetto dell'anestesia. Questo permette a noi chirurghi di procedere con l'asportazione anche degli altri linfo-

odi ascellari in caso di esito positivo, senza sottoporre la paziente a un nuovo intervento e alla tensione emotiva che questo comporta.

Secondo quanto previsto dagli altri requisiti Eusoma, ogni membro del team (chirurghi, radiologi, ginecologi, patologi e oncologi) ha un'esperienza specifica sul cancro al seno, con continui aggiornamenti, e il personale infermieristico segue uno specifico training psicologico, specializzato nel cancro al seno, per offrire un qualificato supporto alle pazienti. L'Unità inoltre possiede gli strumenti più adeguati per la diagnostica per immagini, specifici per la diagnosi al seno e le modalità di comunicazione con la paziente cui viene diagnosticato il cancro sono strettamente codificate e basate su una condivisione delle varie opzioni di trattamento, dando nel contempo un supporto emotivo e psicologico.

Tutte qualità che la Senologia di Pavia ha da tempo fatto proprie, ottenendo tra l'altro ben due bollini rosa da parte dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda), segno dell'impegno della struttura nei confronti delle malattie femminili, diventando di fatto un punto di riferimento, un luogo sicuro in cui ogni donna può sentirsi accolta, protetta e seguita nella lotta contro il cancro.

Presso il nostro reparto di Senologia, la donna può quindi contare su competenze plurispecialistiche dedicate che vanno dalla chirurgia oncologica alla chirurgia plastica, dalla ginecologia alla radiologia e radioterapia, dall'oncologia all'anatomia patologica, dalla riabilitazione al supporto psicologico,

tutte in un'unica struttura. Si tratta di una presa in carico completa, dalla visita all'operazione, dai controlli di follow up al rapporto con il medico di base.

Sin dalla sua inaugurazione, nel 2000, la Senologia della Fondazione Maugeri, fondata da Alberto Costa, si è caratterizzata per la completezza dell'intervento con l'approccio in oncoplastica. Approccio che mira a dare una risposta sempre personalizzata nel trattamento del tumore al seno. Qui la chirurgia ricostruttiva della mammella avviene contestualmente all'operazione che tratta il tumore ed è considerata parte integrante del trattamento del carcinoma. Si tratta di un modo di operare che permette di valutare ogni singolo caso e intervenire con modalità conservative e con terapie mirate, scegliendo le soluzioni meno invasive che riducano al minimo gli effetti collaterali.

Ed è proprio questa targeted surgery che ci permette di valutare l'intervento alla luce di molte informazioni tra le quali volume e sede del tumore, forma della mammella, ma anche età, desideri e aspettative della paziente. Tutta la preparazione dell'intervento avviene con uno stretto lavoro di équipe tra il chirurgo senologo e il chirurgo plastico-ricostruttivo e un forte coinvolgimento della paziente che la rende sin dall'inizio parte attiva del processo decisionale sin dall'inizio.

Vittorio Zanini

Primario dell'Unità di Chirurgia senologica,
Centro di Senologia,
Irccs Fondazione Maugeri di Pavia

BREVETTATA NUOVA TECNICA ALL'ISTITUTO TUMORI DI MILANO

Utero, arriva uno lud che rilascia i farmaci

È ancora in fase di sperimentazione, ma potrà rappresentare un decisivo passo in avanti nella terapia del carcinoma del collo dell'utero e per il miglioramento della qualità di vita delle pazienti: si tratta di un dispositivo simile a uno Iud, una spirale anticoncezionale, progettato per il lento rilascio locale dei farmaci in modo da consentire loro di agire dove è il tumore. In questo modo sarà possibile ottenere il massimo vantaggio terapeutico e ridurre, se non eliminare completamente, gli effetti collaterali della chemioterapia somministrata per via endovenosa.

Il brevetto, che abbiamo messo a punto e depositato, è stato presentato al congresso internazionale «Advances Gynaecological Oncology», che si è svolto a Milano dal 18 al 20 giugno scorso, dedicato alle innova-

zioni diagnostiche e terapeutiche in oncologia ginecologica, tutte rivolte a un approccio conservativo sempre più nel rispetto del corpo e delle funzioni della donna.

Si tratta di un piccolo cilindro da collocare all'interno della cervice uterina che rilascia sul posto i farmaci chemioterapici (taxolo, platino e topotecan). È rivestito da un polimero costituito da diversi strati di molecole che trattengono i farmaci, come una spugna, e li rilasciano sul posto degradandosi lentamente. Grazie a esso, è possibile aumentare la concentrazione dei medicinali e, parallelamente, ridurre la dose di farmaco necessario per il trattamento. Rilasciati localmente, i medicinali seguono le vie di diffusione del tumore

nei tessuti riducendo i tempi della terapia e gli effetti tossici sistemici come nausea, vomito o caduta dei capelli.

Il dispositivo è del tutto innovativo: fino a ora è stata sperimentata la dose dei farmaci che è necessario somministrare localmente, ma nei prossimi due anni si lavorerà a un progetto sperimentale per sondare le varie possibilità di utilizzo. Uno degli obiettivi è, a esempio, quello di impiegarlo per curare i tumori della cervice uterina di piccole dimensioni e in donne giovani, allo scopo di evitare l'asportazione dell'utero. Oppure per rendere operabili i tumori di grandi dimensioni con una chemioterapia pre-operatoria meno pesante e tossica rispetto alla chemioterapia per via endovenosa.

Ma non solo: se manterrà le promesse individuate in fase progettuale, il dispositivo consentirà il rilascio locale di nuovi farmaci molecolari in grado di bloccare un singolo meccani-

simo all'interno delle cellule tumorali e fermarne la replicazione. Potrebbe, insomma, consentire diverse applicazioni cliniche per la cura del tumore del collo dell'utero e permettere un trattamento adeguato anche in strutture non all'avanguardia.

Un esempio di applicazione è quello legato all'identificazione del linfonodo sentinella, utilizzato in oncologia ginecologica come tecnica diagnostica per il tumore di vulva, cervice ed endometrio: il tracciante rilasciato dall'apparecchio viene incorporato nel tumore e da lì raggiunge il primo linfonodo (quindi, sentinella) senza bisogno di manovre invasive.

Le linee di ricerca più attuali, come è emerso anche dal convegno che ha riunito a Milano gli oncologi gine-

cologi, mostrano grande interesse per la funzione riproduttiva delle donne e per la salvaguardia della fertilità, almeno nelle pazienti più giovani. È importante se si tiene conto che alcune forme tumorali hanno insorgenza in media a un'età, tra i trenta e i quarant'anni, in cui oggi molte donne non hanno ancora avuto figli ma contano di averne. È in questa direzione che vanno le metodiche oggi utilizzate che tendono a preservare l'utero e almeno un ovaio e cercano di evitare la radioterapia tradizionale, più pericolosa per la funzione riproduttiva prediligendo una chemioterapia poco tossica.

Francesco Raspagliesi

Struttura complessa
Oncologia ginecologica
Istituto nazionale dei tumori di Milano

Il dispositivo abbatte gli effetti collaterali della chemioterapia

Le applicazioni cliniche potrebbero essere ancora più promettenti

▼ L'implantologia nasce prima del 1965 con impianti eseguiti dagli italiani

In riferimento all'intervento «Un punto di riferimento nel quadro di accelerazione scientifica e tecnica che sta investendo l'odontoiatria» a firma del prof. Giorgio Vogel, professore emerito all'Università degli studi di Milano, pubblicato sul Quaderno dedicato al Forum Sio (Società italiana di implantologia) e da questo curato «Qualità in implantologia», allegato a «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 13 del 7-13 aprile 2009, riceviamo e pubblichiamo la sequen-

te richiesta di rettifica:

«(1) Non risponde a verità l'affermazione secondo la quale fino al 1965 i sistemi (implantologici. n.d.s.) trovarono nulla o scarsa applicazione clinica per la non biocompatibilità dei materiali impiegati e per la rozzezza delle tecniche chirurgiche e le conseguenti inaccettabili percentuali d'insuccesso, e che nel 1965 il Prof. Branemark dell'Università di Göteborg eseguì un impianto dentale in titanio sull'uomo, dimostrandone per primo l'assoluta biocompatibilità e la capacità di poter-

si integrare con il tessuto osseo. È storicamente verificabile che i primi impianti in titanio nella storia dell'implantoprotesi furono inseriti in diversi pazienti dal Dott. Stefano M. Tramonte con un success rate elevatissimo per quel tempo (1964).

(2) La dimostrazione della biocompatibilità di manufatti implantoprotesici nel tessuto osseo fu presentata con uno studio istologico dal Prof. Ugo Pasqualini, nel 1962, con la pubblicazione: «Reperti anatomo-patologici e deduzioni clinico-chirurgiche di 91 impianti alloplastici in 28 animali da esperimento» sotto

l'egida di tre istituti universitari. In questo lavoro si anticipavano di 15 anni i concetti espressi da Branemark (1977) e dal Prof. Schroeder assai più tardi.

(3) Nel 1972, ben 6 anni prima della commercializzazione degli impianti di Branemark, apparve un ampio e approfondito lavoro istologico dell'Università di Modena firmato dal Prof. Antonio Camera e dal Prof. Ugo Pasqualini, proprio sugli impianti in titanio del Dott. Stefano M. Tramonte».

Avv. Alessandro Simione - Milano



LETTERE
AL GIORNALE

TRIBUNALE DI MILANO/ Areu Lombardia vince contro una società di trasporto sanitario

Vietato usare il nome “118”

Un privato non può sfruttare il numero pubblico a fini commerciali



A un'azienda privata è vietato l'utilizzo del numero 118 per pubblicizzare i propri servizi sanitari. Lo hanno stabilito i giudici del tribunale di Milano che vietano a “118 Air Spa” «l'utilizzo del suffisso 118 nella denominazione sociale, sul sito Internet, nel numero verde, nei messaggi pubblicitari ivi inclusi i gadget commercializzati dalla stessa».

I giudici hanno recepito l'istanza dell'Azienda regionale emergenza urgenza (Areu) della Lombardia, assistita dall'avvocato Stefano Conti di Milano, che ha promosso un'azione cautelare d'urgenza nei confronti della società 118 Air Spa, società privata del tutto estranea al Servizio sanitario nazionale. Tale società ha pubblicizzato sin da aprile 2009 i propri servizi di intervento (a pagamento) nell'ambito medico sanitario facendo riferimento esclusivo al numero nazionale di emergenza “118” e ingenerando negli utenti confusione sulle caratteristiche e sulla gestione dei servizi prestati, rispetto a quelli del Ssn.

Areu ha chiesto al tribunale di Milano che fossero inibiti a 118 Air Spa l'utilizzo di qualsiasi riferimento in qualsiasi tipo di forma del numero 118, l'uso del marchio e di tutti i segni distintivi nonché la pubblicazione del relativo provvedimento inibitorio sui principali quotidiani nazionali.

La prima sezione del Tribunale Civile di Milano, in composizione collegiale, con **ordinanza del 22 luglio 2009**, ha accolto le domande avanzate dall'Areu nei confronti di 118 Air Spa vietando a quest'ultima l'uso di qualsiasi riferimento al numero 118 per evitare ai cittadini la confusione tra il

Ssn e i servizi prestati dalla medesima società privata e autonoma.

Ad avviso del collegio, infatti, la confondibilità è *in re ipsa*. È evidente l'«agganciamento» operato da 118 Air Spa al numero pubblico d'emergenza 118, al fine di profittare della notorietà e della conoscibilità dello stesso, nonché dell'affidabilità che esso ingenera nel cittadino, proprio per l'efficienza che lo caratterizza, oltre che per la garanzia fornita dalla riconducibilità al Servizio sanitario nazionale. Il collegio ha affermato che appare evidente come il cittadino sia tratto in inganno da simili riferimenti e ha anche stabilito che il marchio utilizzato illecitamente da 118 Air Spa, formato dalla riproduzione della Stella della Vita con all'interno la riproduzione di un aeromobile, unitamente alla denominazione della società 118 Air Spa, determina un evidente richiamo al marchio di Areu in corso di

emissione, caratterizzato dal Bastone di Esculapio all'interno della Stella della Vita. Il *periculum in mora*, afferma il tribunale, è evidente in quanto il 118 (come il 112 o il 113) è uno di quei numeri di emergenza che costituiscono un riferimento per tutti i cittadini; numeri ideati e composti perché siano facilmente memorizzabili e utilizzabili. Un simile servizio necessita della maggior tutela possibile e non può essere sfruttato da terzi per fini commerciali.

Alberto Zoli
Direttore generale Areu - Lombardia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CASSAZIONE/ I

Convenzioni non sempre «cumulabili»

«**N**» al riconoscimento della continuità di servizio per i medici convenzionati, se nel precedente incarico svolgevano attività differenti e quindi non cumulabili. La decisione della Cassazione n. 13236/2009 riguarda due medici del Ssn che hanno tentato di ricostruire la propria carriera a partire dagli anni in cui operavano in convenzione prima nella medicina dei servizi e poi come specialisti ambulatoriali presso varie Usl del leccese. I dottori chiedevano il riconoscimento dell'anzianità maturata a tutti gli effetti, giuridici ed economici, dal 1988 al 1994, poiché avevano svolto attività di specialisti ambulatoriali dal 1992, con inquadramento giuridico già dal giugno 1991, ma non era stato riconosciuto loro il periodo di attività nella medicina dei servizi, iniziato dal 1988. Questo “buco” nella carriera ha portato i medici davanti ai giudici che però hanno bocciato la richiesta in tutti i gradi di giudizio.

In particolare, nella decisione di secondo grado (sentenza n. 250/2005, Corte d'appello di Lecce), i giudici spiegano che la normativa invocata dai ricorrenti - il Dpr 316/1990 - non poteva applicarsi ai medici impiegati nella medicina dei servizi, ma solamente agli specialisti ambulatoriali. La ragione era che la medicina dei servizi è disciplinata da un diverso accordo nazionale, poiché non richiede una specializzazione. Ma i due dottori hanno proposto ricorso per cassazione, evidenziando che negli anni di lavoro come medici dei servizi non erano affatto liberi pro-

fessionisti, come aveva interpretato la Corte d'appello, ma lavoratori parasubordinati, sottoposti a vincoli e a orari. A loro avviso, poi, i giudici di merito non avevano preso in considerazione il Dpcm 8 marzo 2001 che richiama il Dlgs 502/1992, che consentiva alle Regioni di assumere a tempo indeterminato i medici della guardia medica e della medicina dei servizi, che al 31 dicembre 1992 fossero risultati titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni. Per i giudici questa normativa non era applicabile, perché la controversia riguardava il periodo 1988-1991 quando il decreto ancora non era stato emanato.

A sciogliere il rebus la Cassazione, che ha fatto svanire le speranze dei ricorrenti. Sulla parasubordinazione si sono espresse le Sezioni Unite (Cass. civ. n. 8547/1995; 20344/2005 e n. 9142/2008), definendola un rapporto libero-professionale svolto in parità con l'ente pubblico che non esercita alcun potere autoritativo sul professionista, tranne quello della sorveglianza. Sulla ricostruzione di carriera, poi, gli Ermellini spiegano che il Dpcm non consente di «sommare» carriere che hanno presupposti giuridici e di titoli differenti. Il ricorso è infondato perché con l'assunzione i due hanno cambiato le prestazioni professionali, per di più senza subire peggioramenti economici.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CASSAZIONE/ 2

Stop al rimborso Iva per la casa di cura

La Corte suprema di Cassazione, Sezioni unite civili, con la sentenza n. 16729 del 3 marzo, depositata il 17 aprile 2009, si è pronunciata a favore dell'Agenzia delle entrate, negando la possibilità, da parte di una casa di cura privata, di poter detrarre l'Iva sugli acquisti di beni destinati a essere utilizzati nell'ambito di un'attività esente dall'imposta come quella sanitaria.

La Corte si è pronunciata sul ricorso presentato dal ministero dell'Economia e dall'Agenzia delle entrate contro la sentenza n. 74/2005 depositata il 30 maggio 2005 della Commissione tributaria regionale del Lazio, che aveva sancito il diritto di una società (che svolge attività di ricovero e cura ospedaliera) a ottenere il rimborso dell'Iva assolta sugli acquisti effettuati nel 1997.

In primo luogo la Cassazione ha dichiarato l'inammissibilità del ricorso proposto dal ministero dell'Economia, in quanto le sue funzioni in materia di entrate tributarie dal 2001 sono state trasferite all'Agenzia delle entrate, e ha invece ammesso che il contribuente, che non è un consumatore finale, si pone come soggetto passivo e attivo nei confronti dell'amministrazione finanziaria e può quindi rivolgersi al giudice tributario (e non al giudice ordinario, come aveva sostenuto l'Agenzia delle entrate).

In secondo luogo, la Corte ha accolto le ragioni addotte dalla stessa Agenzia delle entrate per negare il rimborso, affermando che l'esenzione prevista dalla sesta direttiva del Consiglio Ue 77/388 del 17 maggio 1977, deve essere interpretata «nel senso che l'esenzione si applica unicamente alla rivendita di beni

preliminarmente acquistati da un soggetto passivo per le esigenze di un'attività esentata in forza del detto articolo in quanto l'imposta sul valore aggiunto versata in occasione dell'acquisto iniziale di detti beni non abbia formato diritto a detrazione».

Il problema del possibile recupero dell'Iva pagata sull'acquisto di beni destinati a essere utilizzati per lo svolgimento di attività sanitarie era stato affrontato, sulle pagine di questa rivista (si vedano i numeri 9/2004 e 16/2005), in particolare valutando se anche le aziende sanitarie e ospedaliere, oltre alle società private, avrebbero potuto chiedere il rimborso dell'Iva che sarebbe stata “indebitamente” pagata, negli ultimi dieci anni, esprimendo in proposito un parere negativo.

Secondo alcuni professionisti, che all'epoca continuavano a suggerirla, la richiesta di rimborso poteva basarsi anche per le strutture pubbliche sui seguenti presupposti:

a) la Corte di giustizia delle Comunità europee aveva dichiarato inadempiente lo Stato italiano (sentenza del 25 giugno 1997, causa C 45/95), che non aveva introdotto nel nostro ordinamento l'esenzione da Iva per le forniture di beni destinati esclusivamente a un'attività esentata, come previsto dall'articolo 13 parte B, lettera c) della sesta direttiva del Consiglio 77/388 del 17 maggio 1977;

b) nel caso specifico l'attività esentata, ai sensi dell'articolo 10 del Dpr 633/72, sarebbe stata quella sanitaria (punti n. 18 e 19);

c) nonostante il mancato recepimento

nel nostro ordinamento la direttiva sarebbe stata direttamente applicabile nel nostro Paese, in conformità agli orientamenti della Corte Ue e della Corte costituzionale;

d) i soggetti che svolgono attività sanitaria esente (come le aziende sanitarie, le aziende ospedaliere, i medici professionisti, le case di cura private convenzionate ecc.) non avrebbero detratto l'Iva pagata sui beni utilizzati nell'attività stessa, oppure l'avrebbero fatto in misura parziale, in base al criterio del pro-rata previsto dall'articolo 19-bis del Dpr 633/72 per i soggetti che hanno prestato servizi in parte esenti e in parte imponibili.

Esaminando alcune pronunce di Commissioni tributarie, di primo e di secondo grado, riguardanti cliniche e case di cura convenzionate, depositate verso la fine del 2004, era emerso un solo punto fermo: le direttive comunitarie, se sono incondizionatamente e sufficientemente precise, sono da ritenere immediatamente applicabili nel nostro Paese, in linea con quanto stabilito sia dalla Corte Ue (sentenza C 430/95), sia dalla Corte costituzionale (sentenza 168/91). Sugli altri punti, le pronunce evidenziavano invece aspetti contraddittori, sia sugli aspetti soggettivi che su quelli oggettivi, per cui era evidente la necessità di una pronuncia della Corte Suprema, per chiudere il contenzioso.

Una cosa era comunque apparsa chiara fin dall'inizio: il recupero dell'Iva da parte delle aziende del Ssn era del tutto illusorio. Le attività sanitarie alle quali si riferisce sia l'esenzione prevista dall'articolo 10 Dpr 633/72 sia quella della sesta direttiva Cee sono infatti esclusivamente quelle svolte nell'ambito dell'esercizio di impresa (altrimenti non si potrebbe parlare di esenzione) che, nel caso delle

aziende del Ssn, costituiscono una quota assolutamente marginale.

Le prestazioni erogate dalle aziende del Ssn, costituite dalla legge per lo svolgimento di attività assistenziali e sanitarie dirette a garantire il diritto alla salute della collettività, sono svolte infatti, nella stragrande maggioranza, gratuitamente a favore dei cittadini e comunque anche nel caso sia prevista a loro carico una partecipazione alla spesa, non sono considerate attività commerciali (articolo 4 del Dpr 633/1972); la veste di queste aziende nello svolgimento delle attività sanitarie è pertanto quella di «enti non commerciali».

I costi di tali attività, compresi quelli afferenti i beni di consumo, sono coperti da contributi regionali, in base alla ripartizione del Fondo sanitario nazionale, e pertanto i contributi stessi sono da considerare al di fuori della sfera di applicazione dell'Iva.

Di conseguenza le prestazioni sanitarie svolte nell'area commerciale, per le quali si applica la normativa Iva, si riducono in pratica a quelle erogate, a pagamento, nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria e a quelle erogate a utenti (indigenti o paganti) non coperti dal Ssn.

Per lo svolgimento della libera professione intramoenia i beni di consumo utilizzati, medicinali compresi, sono di valore del tutto irrisorio; anche i consumi per le prestazioni erogate a utenti non coperti dal Ssn sono poco significativi e comunque non documentabili; basterebbe questo per affermare che ogni azione tesa a recuperare l'Iva sugli acquisti di

beni afferenti tali attività appariva ingiustificata.

In ogni caso, anche se l'attività commerciale svolta in esenzione avesse comportato l'utilizzo (esclusivo) di beni di consumo di valore significativo, sarebbe stato necessario fare i conti con gli adempimenti formali previsti per gli «enti non commerciali» che intendono operare la detrazione dell'Iva sugli acquisti di beni e di servizi afferenti le attività commerciali.

Si trattava in concreto di verificare se le aziende interessate al recupero dell'imposta avevano gestito o meno la loro attività commerciale con contabilità separata rispetto a quella relativa all'attività principale e conforme alle disposizioni di cui agli articoli 20 e 20-bis del Dpr 600/1973, indicando poi l'opzione nel Modello Unico; questa era ed è, infatti, la condizione, chiaramente stabilita dall'articolo 19-ter del Dpr 633/1972. In caso negativo ogni detrazione sarebbe stata illegittima.

Nonostante la posizione delle aziende sanitarie pubbliche fosse ben chiara, sono state numerose le azioni intraprese in questi ultimi anni contro l'Agenzia delle entrate, naturalmente con esito negativo, con la condanna di spese di giudizio ingenti, in quanto commisurate agli importi chiesti a rimborso. Dobbiamo sottolineare la leggerezza con cui alcuni direttori generali hanno ceduto alle lusinghe di professionisti poco seri, procurando danni rilevanti alle proprie aziende; chissà se la Corte dei conti si renderà conto di quanto fossero infondate certe iniziative.

Roberto Caselli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

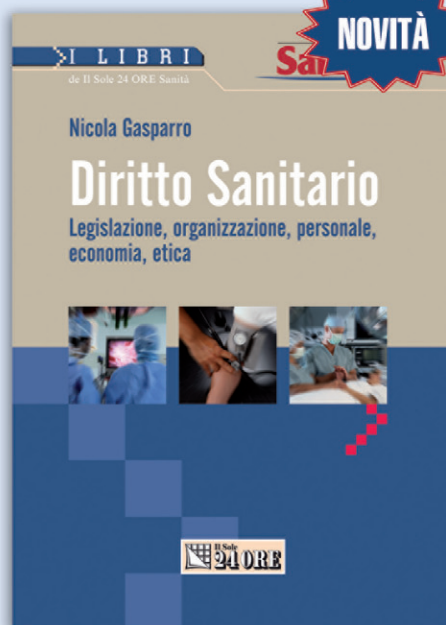
Ribaltato il verdetto della Ctr Lazio

IL SETTIMANALE PER I MANAGER DELLA SANITÀ



IL SOLE 24 ORE SANITÀ

La rivista settimanale del Sole 24 ORE che informa sul complesso mondo della sanità italiana ed europea, che ne segue gli sviluppi, le novità più rilevanti e i temi caldi. Affronta queste tematiche con taglio pratico, approfondendo la normativa e la giurisprudenza. Articoli, rubriche, commenti e pareri, schemi e tabelle fanno del Sole 24 ORE Sanità la rivista più completa del settore.



NOVITÀ

DIRITTO SANITARIO

Il volume illustra gli aspetti fondamentali dell'evoluzione legislativa del S.S.N. e del relativo assetto organizzativo (Aziende Sanitarie, Ospedali, Distretti Sanitari, Dipartimenti, Strutture complesse e semplici). Affronta i temi riguardanti il sistema strutturale e gestionale delle aziende sanitarie, i nuovi livelli di assistenza, le svariate forme di prestazioni erogate e le attività espletate dal S.S.N. Offre spunti per una riflessione, mai così attuale, sui temi di igiene pubblica, sicurezza e bioetica. Riserva ampio spazio, con i recenti aggiornamenti (D.L. 112/08, nuovi CCNL), alla disciplina legislativa e contrattuale del rapporto di lavoro di tutto il personale del S.S.N. (Dirigenza, Professioni Sanitarie, Convenzionati, Processi di stabilizzazione, precariato).

ON-LINE

www.sanita.ilsole24ore.com

L'aggiornamento con un semplice clic. Il servizio online per informarsi in tempo reale, per approfondire, per consultare a distanza e per usufruire di una serie di servizi riservati agli abbonati (ricerca articoli, copie del settimanale in formato pdf, gazzette ufficiali e tanto altro).



CD-ROM RACCOLTA NUMERI

La raccolta completa degli articoli pubblicati su **Il Sole 24 ORE Sanità** dal 1998 al 2008 ed i principali riferimenti delle istituzioni del mondo della sanità.

COUPON DI ABBONAMENTO RISERVATO AI NUOVI ABBONATI

Offerta disponibile anche su offerte.ilsole24ore.com/sanita

Sì desidero abbonarmi a **IL SOLE 24 ORE SANITÀ**
Indico con una crocetta il piano di abbonamento che ho scelto.

☐ P00230 **Il Sole 24 ORE Sanità**
+ **Cd-Rom raccolta numeri** + **On line** € 189,00

☐ P00337 **Il Sole 24 ORE Sanità** + **Cd-Rom raccolta numeri**
+ **On line** + **Libro Diritto sanitario** € 244,00

L'abbonamento decorrerà dal primo numero raggiungibile.

Non invii denaro ora! Riceverà il bollettino di pagamento direttamente al suo recapito.

Il buono d'ordine compilato va inviato via fax al numero: (02 o 06) 3022.5402

Puoi abbonarti comodamente anche on line
direttamente su

www.shopping24.it

Qui troverai anche tante altre offerte!



Offerta disponibile anche all'indirizzo offerte.ilsole24ore.com/sanita

Ragione sociale _____

Cortese attenzione _____

☐ Persona fisica ☐ Impresa individuale/professionista ☐ Studio associato ☐ Società commerciale

☐ Altro Ente privato ☐ Ente Pubblico ☐ Ente Pubblico non commerciale ☐ Ente non commerciale

Via _____

Cap. _____ Loc. _____ Prov. _____

Tel. _____ Cellulare _____

E-mail _____

Partita IVA* _____

Codice Fiscale* _____

* campi obbligatori

Clausola contrattuale: la sottoscrizione dell'offerta dà diritto a ricevere informazioni commerciali su prodotti e servizi delle Società del Gruppo "Il Sole 24 ORE". Se non desidera riceverle barri la seguente casella ☐

Informativa ex D.Lgs. 196/03: Il Sole 24 ORE S.p.A., Titolare del trattamento, tratta anche elettronicamente i dati personali liberamente conferiti per fornire i servizi indicati e, se lo desidera, per aggiornarli su iniziative e offerte del Gruppo. Potrà esercitare i diritti dell'art. 7, D.Lgs. 196/03 rivolgendosi al Responsabile del trattamento, che è il Responsabile del Coordinamento Commerciale, presso Il Sole 24 ORE S.p.A. - Database Marketing - via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano. L'elenco completo e aggiornato di tutti i Responsabili del trattamento è disponibile, al medesimo indirizzo, presso l'Ufficio Privacy. I dati potranno essere trattati da incaricati preposti agli ordini, al marketing, all'amministrazione, al servizio clienti e potranno essere comunicati alle Società del Gruppo per gli stessi fini della raccolta, a società esterne che svolgono attività connesse all'evasione dell'ordine e all'eventuale invio di nostro materiale promozionale, agli istituti bancari. **Consenso:** Con il conferimento del Suo indirizzo e-mail, del numero di telefono e/o di telefono (del tutto facoltativi) esprime il Suo specifico consenso all'utilizzo di detti strumenti per l'invio di informazioni commerciali.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Le «Gazzette Ufficiali» delle Regioni

*I provvedimenti normativi
e amministrativi emanati
a livello locale in materia
sanitaria e sociale
da gennaio a giugno 2009*



A cura della redazione
Fonti normative - Area professionisti
Parte terza (Piemonte-Veneto)

Sei mesi di norme regionali *



Piemonte

Direzione regionale Sanità

Dd 30 settembre 2008, n. 615

Dgr 9/8072 del 28 gennaio 2008 - Servizi di accoglienza e orientamento non residenziale in materia di dipendenze - Avvio della fase di sperimentazione.

Bur Piemonte 8 gennaio 2009, n. 1

Direzione regionale Sanità

Dd 4 novembre 2008, n. 713

Dgr 48/9094 dell'1/7/2008 inerente alle «Disposizioni regionali in materia di organizzazione dei Dipartimenti di patologia delle dipendenze (Dpd)» e indicazioni per la predisposizione dei «Piani locali delle dipendenze (Pld)» e ulteriore riparto dei fondi, così come previsto dalla Dgr 28/5020 del 28/12/2006 «Erogazione e riparto di euro 3.599.481,78 - (capitoli vari)».

Bur Piemonte 8 gennaio 2009, n. 1

Direzione regionale Sanità

Dd 22 dicembre 2008, n. 963

Approvazione comunicato dell'Assessorato Tutela della salute e Sanità della Regione Piemonte per l'adesione alle iniziative formative per l'integrazione nei servizi di emergenza sanitaria.

Bur Piemonte 8 gennaio 2009, n. 1

Giunta regionale

Deliberazione 29 dicembre 2008, n. 85/10527

Approvazione Protocollo d'Intesa con la Regione Liguria per la regolizzazione della mobilità sanitaria interregionale.

Bur Piemonte 8 gennaio 2009, S.o. n. 1

Giunta regionale

Deliberazione 16 dicembre 2008, n. 10/10267

Approvazione delle «Linee di indirizzo regionali per l'avvio di una sperimentazione funzionale finalizzata al ri/orientamento più coerente, appropriato, efficace e socialmente produttivo della nuova Direzione integrata della prevenzione (Fase sperimentale anno 2008-2009)».

Bur Piemonte 22 gennaio 2009, n. 3

Giunta regionale

Deliberazione 16 dicembre 2008, n. 54/10309

Istituzione del coordinamento regionale tecnico/scientifico delle medicine non convenzionali.

Bur Piemonte 22 gennaio 2009, n. 3

Giunta regionale

Deliberazione 22 dicembre 2008, n. 76/10395

Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura presenti sul territorio regionale, pubblici e privati, accreditati definitivamente e provvisoriamente, in ordine all'obbligo e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2009 e 2010.

Bur Piemonte 29 gennaio 2009, n. 4, S.o. n. 1

Giunta regionale

Deliberazione 22 dicembre 2008, n. 106/10424

Piano regionale integrato 2009/2010 dei Controlli di sicurezza

alimentare (Prisa): approvazione e adempimenti delle Aziende sanitarie locali.

Bur Piemonte 29 gennaio 2009, n. 4, S.o. n. 1

Direzione regionale Sanità

Dd 30 dicembre 2008, n. 1007

Attuazione del programma di interventi di cooperazione sanitaria: sostegno alle associazioni di volontariato per l'attuazione di progetti di cooperazione in cui sia previsto l'invio di personale sanitario dipendente delle strutture sanitarie pubbliche del Piemonte. Approvazione bando.

Bur Piemonte 29 gennaio 2009, n. 4, S.o. n. 1

Direzione regionale Sanità

Dd 26 gennaio 2009, n. 15

Rettifica del bando allegato alla determinazione dirigenziale n. 1007 del 30/12/2008. Proroga del termine di scadenza finalizzato alla presentazione delle domande relative all'attuazione di progetti di cooperazione sanitaria.

Bur Piemonte 29 gennaio 2009, n. 4, S.o. n. 1

Giunta regionale

Deliberazione 1 dicembre 2008, n. 10/10206

Attuazione art. 8-quinquies Dlgs 502/1992 e s.m.i. /Approvazione schema di accordo per i presidi ex art. 41 e 43 L. 23/12/1978, n. 833.

Bur Piemonte 29 gennaio 2009, n. 4

Direzione regionale Sanità

Dd 8 agosto 2008, n. 278

Attuazione Dd.Gg.Rr. n. 74/28035 del 2/8/1999 e n. 43/3596 del 23/7/2001. Assegnazione ed erogazione agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali delle somme per la copertura delle rette socio-assistenziali delle tariffe di ricovero dei pazienti di provenienza psichiatrica. Impegno di spesa di euro 12.100.000,00 sul cap. 152880/2008.

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5

Direzione regionale Sanità

Dd 1 settembre 2008, n. 309

Attività formative per il personale addetto ai servizi socio-assistenziali. Approvazione atti finali e definizione dei saldi dei corsi istituiti dagli enti gestori istituzionali dei servizi socio-assistenziali. Spesa complessiva di euro 68.358,20 (impegno n. 3143 del 2008 sul Cap. 147622/2008/Assegnazione n. 100672).

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5

Direzione regionale Sanità

Dd 12 settembre 2008, n. 327

Legge 284/97, art. 3/Assegnazione ed erogazione dei finanziamenti agli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per l'attivazione dei piani progettuali relativi all'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati. Impegno di spesa di euro 630.000,00 sul capitolo 181401/2008 (assegnazione n. 100770).

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5

Direzione regionale Sanità

Dd 15 settembre 2008, n. 334

Dd.Gg.Rr. 17/15226 del 30/3/2005, n. 2/3520 del 31/7/2006, n. 37/6500 del 23/7/2007 e n. 39/9365 dell'1/8/2008. Impegno di euro 11.600.000,00 sul capitolo 153212/2008 per la realizzazione del nuovo modello di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5

* A cura della redazione Fonti normative - Area professionisti

e-mail: fontinormative@ilsole24ore.com - portale: www.professionisti24.ilsole24ore.com

Giunta regionale**Deliberazione 29 dicembre 2008, n. 84/10526**

Modificazioni e integrazioni al nomenclatore tariffario regionale di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla Dgr n. 73/13176 del 26 luglio 2004 e identificazione delle modalità di trasformazione del regime assistenziale di erogazione di prestazioni chirurgiche effettuabili ambulatorialmente. Modificazione della Dgr n. 37/13743 del 25/10/2004.

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5, S.o. n. 1

Giunta regionale**Deliberazione 29 dicembre 2008, n. 86/10528**

Dgr n. 34/9619 del 15/9/2008. Rettifica del termine per la sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies, Dlgs 502/1992 e s.m.i.

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5, S.o. n. 1

Giunta regionale**Deliberazione 29 dicembre 2008, n. 87/10529**

Approvazione del Protocollo integrativo d'intesa dei medici veterinari convenzionati 2008.

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5, S.o. n. 1

Giunta regionale**Deliberazione 12 gennaio 2009, n. 2/10566**

Piano di raccolta, produzione e compensazione emocomponenti 2009.

Bur Piemonte 5 febbraio 2009, n. 5, S.o. n. 1

Giunta regionale**Deliberazione 2 febbraio 2009, n. 26/10669**

Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure domiciliari nelle Aziende sanitarie locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva a integrazione della Dgr 41/5952 del 7/5/2002.

Bur Piemonte 12 febbraio 2009, n. 6

Giunta regionale**Deliberazione 26 gennaio 2009, n. 12/10617**

Dgr n. 48/9094 dell'1/7/2008 «Disposizioni regionali in materia di organizzazione dei Dipartimenti di patologia delle dipendenze (Dpd) e indicazioni per la predisposizione dei "Piani locali delle dipendenze" (Pld)»/Approvazione dei criteri di riparto dell'ultima tranche di finanziamento proveniente dal fondo nazionale delle politiche sociali/importo complessivo di euro 1.540.528,61.

Bur Piemonte 12 febbraio 2009, n. 6, S.o. n. 3

Giunta regionale**Deliberazione 2 febbraio 2009, n. 21/10664**

Applicazione sperimentale nelle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2009 di nuove forme organizzative nell'ambito della clinical governance.

Bur Piemonte 13 febbraio 2009, n. 6, S.o. n. 4

Giunta regionale**Deliberazione 2 febbraio 2009, n. 27/10670**

Assistenza sanitaria di emergenza durante le pubbliche manifestazioni/Disposizioni alle Aziende sanitarie regionali.

Bur Piemonte 13 febbraio 2009, n. 6, S.o. n. 4

Giunta Regionale**Deliberazione 9 febbraio 2009, n. 22/10727**

Organizzazione della rete regionale di allergologia: coordinamento di area funzionale sovrazonale e coordinamento regionale.

Bur Piemonte 26 febbraio 2009, n. 8, S.o. n. 1

Giunta regionale**Deliberazione 9 febbraio 2009, n. 18/10723**

Legge regionale 28/2007 art. 15: modalità individuazione studenti con Esigenze educative speciali (Ees).

Bur Piemonte 26 febbraio 2009, n. 8, S.o. n. 1

Assessore al Welfare e Lavoro**Comunicato dell'Assessore al Welfare e Lavoro**

Dgr 79/2953/22 maggio 2006 - Atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra gli enti pubblici e il terzo settore - Art. 12 - Costo del personale e applicazione del contratto collettivo di lavoro - Tabelle ministeriali costo orario del lavoro dal 1° gennaio 2008.

Bur Piemonte 26 febbraio 2009, n. 8, S.o. n. 1

Giunta regionale**Deliberazione 18 febbraio 2009, n. 1/10802**

Primi indirizzi alle Aziende sanitarie regionali per la gestione 2009.

Bur Piemonte 26 febbraio 2009, n. 8, S.o. n. 1

Consiglio regionale**Deliberazione 10 febbraio 2009, n. 238/6375**

Modificazioni del piano regionale di tutela delle acque approvato con deliberazione del Consiglio regionale 13 marzo 2007, n. 117/1073.

Bur Piemonte 26 febbraio 2009, n. 8, S.o. n. 1

Determinazione dirigenziale 26 febbraio 2009, n. 55

Dgr n. 46-9264 del 21/7/2008 e Dgr n. 30-10793 del 16/2/2009 - Sperimentazione di iniziative di abbattimento dei costi dei servizi per le famiglie con numero di figli pari e superiore a quattro. Approvazione modulistica e modalità di presentazione delle istanze da parte dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

Bur Piemonte 19 marzo 2009, n. 11

Giunta regionale**Deliberazione 9 marzo 2009, n. 10/10925**

Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, recante «Linee guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati al consumo umano», n. 204/Csr del 13 novembre 2008.

Bur Piemonte 26 marzo 2009, n. 12

Giunta regionale**Deliberazione 9 marzo 2009, n. 13/10928**

Linee di indirizzo regionali per le procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/2007 e dell'Accordo Stato-Regioni del 18/9/2008.

Bur Piemonte 26 marzo 2009, n. 12

Giunta regionale**Deliberazione 9 marzo 2009, n. 9/10924**

Approvazione del Protocollo di intesa fra la Regione Piemonte e la Regione Toscana per l'utilizzo del sistema di valutazione della performance del Sistema sanitario.

Bur Piemonte 26 marzo 2009, n. 1

Giunta regionale**Deliberazione 9 marzo 2009, n. 11/10926**

Art. 108 Lr 44/2000, come sostituito dall'art. 6 Lr 18/2007. Modifica al regolamento per il funzionamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale approvato con Dgr 10/8073 del 28 gennaio 2008.

Bur Piemonte 26 marzo 2009, n. 12

Giunta regionale**Deliberazione 16 marzo 2009, n. 59/11028**

Progetto «Accoglienza e umanizzazione» in pronto soccorso: indicazioni alle Aa.Ss.Rr.

Bur Piemonte 2 aprile 2009, n. 13

Presidente della Giunta regionale**Decreto 31 marzo 2009, n. 35**

Profilassi della bluetongue. Individuazione di zona infetta, di zona di restrizione a basso rischio e di zona di vaccinazione per bluetongue in Piemonte. Revoca del decreto n. 3 del 20/1/2009.

Bur Piemonte 9 aprile 2009, n. 14

Giunta regionale**Deliberazione 23 marzo 2009, n. 12/11061**

Disposizioni per il rilascio delle autorizzazioni concernenti l'individuazione di siti idonei a sede di tumulazione in località differenti dal cimitero ex art. 105, Dpr 10/9/1990, n. 285 e art. 12 Lr 31/10/2007, n. 20.

Bur Piemonte 9 aprile 2009, n. 14

Consiglio regionale**Deliberazione 24 marzo 2009, n. 248/13733**

Rimodulazione del programma di investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie approvato con Dgr n. 131-23049 del 19 giugno 2007.

Bur Piemonte 9 aprile 2009, n. 14

Giunta regionale**Deliberazione 30 marzo 2009, n. 16/11109**

Linee guida e criteri di indirizzo per l'impianto di valvole aortiche transcateretere.

Bur Piemonte 16 aprile 2009, n. 15

Giunta regionale**Deliberazione 6 aprile 2009, n. 9/11161**

Definizione dei requisiti degli studi professionali dei fisioterapisti.

Bur Piemonte 16 aprile 2009, n. 15

Giunta regionale**Deliberazione 6 aprile 2009, n. 38/11189**

Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei centri diurni e dei nuclei per persone affette da morbo di Alzheimer e altre demenze, ai sensi della Dgr 17/15226 del 30 marzo 2005. Revoca della Dgr 29/29519 del 1° marzo 2000 «Criteri per l'adeguamento della Dgr 41/42433/95 a quanto previsto dal Dlgs 229/99».

Bur Piemonte 16 aprile 2009, n. 15

Giunta regionale**Deliberazione 6 aprile 2009, n. 39/11190**

Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria e istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla Dgr n. 37/6500 del 23/7/2007.

Bur Piemonte 16 aprile 2009, n. 15

Determinazione dirigenziale 19 dicembre 2008, n. 956

Approvazione delle Raccomandazioni per la prevenzione dei rischi da rumore in applicazione del titolo VIII - Capo II del Dlgs 9/4/2008 n. 81.

Bur Piemonte 23 aprile 2009, n. 1

Consiglio regionale**Legge regionale 29 maggio 2009, n. 16**

Istituzione di Centri anti violenza con case rifugio.

Bur Piemonte 23 aprile 2009, n. 16

Giunta regionale**Deliberazione 3 giugno 2009, n. 18/11508**

Istituzione di uno sportello regionale finalizzato alla presentazione di progetti di Promozione della salute ed educazione sanitaria. Definizione dei criteri per la loro selezione e validazione.

Bur Piemonte 11 giugno 2009, n. 23

Giunta regionale**Deliberazione 25 maggio 2009, n. 23/11478**

Art. 40, Lr 14/2006. Integrazione criteri per l'accesso ai contributi di cui al Fondo regionale per il sostegno alle vittime di pedofilia - Dgr n. 22-3995 del 9/10/2006.

Bur Piemonte 11 giugno 2009, n. 23

Giunta regionale**Deliberazione 25 maggio 2009, n. 7/11462**

Sistema regionale di esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 51-7754 del 10/12/2007: proroga validità attestati di esenzione.

Bur Piemonte 11 giugno 2009, n. 23

Direzione Sanità**Circolare del 3 giugno 2009 prot. n. 20436/DB20.06**

Linee interpretative e applicative del Protocollo integrativo d'intesa medici veterinari convenzionati. Dgr n. 87-10529 del 29/12/2008.

Bur Piemonte 18 giugno 2009, n. 24

Giunta regionale**Deliberazione 3 giugno 2009, n. 22/11512**

Indirizzi per la razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera.

Bur Piemonte del 25 giugno 2009, n. 25

Giunta regionale**Deliberazione 3 giugno 2009, n. 56/11544**

Art. 1, commi 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale 2006-2008 per l'anno 2008. Approvazione delle schede di progetto.

Bur Piemonte del 25 giugno 2009, n. 25

Giunta regionale**Deliberazione 8 giugno 2009, n. 6/11554**

Approvazione del «Piano piemontese di promozione delle vaccinazioni 2009».

Bur Piemonte del 25 giugno 2009, n. 25

Determinazione dirigenziale 17 giugno 2009, n. 313

Applicazione decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 - Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del Regolamento (Ce) n. 882/2004.

Bur Piemonte del 25 giugno 2009, n. 25



Puglia

Giunta regionale**Deliberazione 26 febbraio 2009, n. 251**

Prodotti senza glutine ai soggetti celiaci. Ampliamento delle modalità di erogazione.

Bur Puglia 24 marzo 2009, n. 45

Giunta regionale**Deliberazione 3 marzo 2009, n. 255**

Approvazione del percorso diagnostico-terapeutico per la cura dell'artrite reumatoide.

Bur Puglia 24 marzo 2009, n. 45

Consiglio regionale**Legge regionale 30 marzo 2009, n. 8**

Modifica alla legge regionale 19 dicembre 2008, n. 44 (Norme a tutela della salute, dell'ambiente e del territorio: limiti alle emissioni in atmosfera di policlorodibenzodiossina e policlorodibenzofurani).

Bur Puglia 3 aprile 2009, n. 51

Regolamento regionale 15 aprile 2009, n. 6

Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per il funzionamento delle Unità di raccolta temporanee e mobili di sangue ed emocomponenti.

Bur Puglia 17 aprile 2009, n. 59

Giunta regionale**Deliberazione 7 aprile 2009, n. 518**

Rimodulazione del prontuario terapeutico ospedaliero-regionale (Ptor), già approvato con Dgr n. 1620/08.

Bur Puglia 22 aprile 2009, n. 61

Giunta regionale**Deliberazione 3 febbraio 2009, n. 93**

Istituzione dell'Organismo regionale per la formazione sanitaria e delle relative strutture di supporto.

Bur Puglia 30 aprile 2009, n. 65

Giunta regionale

Deliberazione 21 aprile 2009, n. 626

Costituzione della Consulta regionale per la formazione in Sanità.

Bur Puglia 30 aprile 2009, n. 65

Sardegna

Assessore dell'igiene e Sanità e dell'assistenza sociale

Decreto 17 febbraio 2009, n. 2870/4

Misure urgenti contro la febbre catarrale degli ovini da sierotipo 8.

Bur Sardegna 10 marzo 2009, n. 8

Assessore dell'igiene e Sanità e dell'assistenza sociale

Decreto 9 aprile 2009, n. 7907/6

Piani regionali di risanamento e profilassi della tubercolosi, brucellosi e leucosi bovina e bufalina, e brucellosi ovina e caprina - Anno 2009.

Bur Sardegna 28 aprile 2009, n. 14

Assessore dell'agricoltura e riforma agro-pastorale

Decreto 18 maggio 2009, n. 1081/35

Attività di vigilanza sull'autorità pubblica di controllo sulle produzioni a denominazione e indicazione di origine protetta - Protocollo d'intesa tra la Regione autonoma della Sardegna e l'Ispettorato centrale per il controllo della qualità dei prodotti agroalimentari.

Bur Sardegna 6 giugno 2009, n. 19

Giunta regionale

Deliberazione 3 giugno 2009, n. 26/9

Classificazione delle zone di produzione e di stabulazione dei molluschi bivalvi vivi e delle zone di produzione degli echinodermi, dei tunicati e dei gasteropodi marini vivi - Criteri per la classificazione - Approvazione linee guida regionali.

Bur Sardegna 16 giugno 2009, n. 20

Assessore dell'igiene e Sanità e dell'assistenza sociale

Decreto 29 aprile 2009, n. 4

Piano regionale di lotta alle encefalopatie spongiformi e di selezione genetica negli ovini per il periodo 2009-2012

Bur Sardegna 26 giugno 2009, n. 21

Sicilia

Assessorato della Sanità

Decreto 10 novembre 2009

Norme di biosicurezza negli allevamenti avicoli siciliani.

Gurs Sicilia 16 gennaio 2009, n. 3

Assessorato della Sanità

Decreto 26 novembre 2008

Impegno di somma in favore di alcuni comuni della Sicilia per la concessione del contributo per interventi di emergenza igienico-sanitari.

Gurs Sicilia 16 gennaio 2009, n. 3

Assessorato della Sanità

Decreto 19 dicembre 2008

Integrazione del decreto 4 dicembre 2008, concernente zone carenti di assistenza primaria accertate al 1° marzo 2008.

Gurs Sicilia 16 gennaio 2009, n. 3

Assessorato della Sanità

Decreto 19 dicembre 2008

Revoca del decreto 27/12/2001, concernente aggiornamento dei prezzi dei prodotti, ausili e presidi non inclusi nel nomenclatore tariffario.

Gurs Sicilia 23 gennaio 2009, n. 4

Assessorato della Sanità

Decreto 29 dicembre 2008

Modifiche e integrazioni al decreto 28 novembre 2008, concernente individuazione dei centri specializzati per la diagnosi e piano terapeutico dei medicinali soggetti e non a note Aifa e aggiornamento dell'elenco dei centri prescrittori dei medicinali soggetti alla nota Aifa 74, delle unità valutative per il monitoraggio dei piani di trattamento della malattia di Alzheimer (Uva) e dei centri ex progetto Antares.

Gurs Sicilia 23 gennaio 2009, n. 4

Assessorato della Sanità - Avviso di rettifica

Decreto 28 novembre 2008

Individuazione dei centri specializzati per la diagnosi e piano terapeutico dei medicinali soggetti e non a note Aifa e aggiornamento dell'elenco dei centri prescrittori dei medicinali soggetti alla nota Aifa 74, delle unità valutative per il monitoraggio dei piani di trattamento della malattia di Alzheimer (Uva) e dei centri ex progetto Antares.

Gurs Sicilia 23 gennaio 2009, n. 4

Assessorato della Sanità

Decreto 24 dicembre 2008

Indirizzi e criteri per l'applicazione del Piano di rientro di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 111, stipulato dalla Regione Siciliana in data 31 luglio 2007 e approvato dalla Giunta regionale l'1 agosto 2007.

Gurs Sicilia 30 gennaio 2009, n. 5

Assessorato della Sanità

Decreto 9 dicembre 2008

Report di attività del Registro Sangue della Regione Siciliana relativamente all'anno 2007.

Gurs Sicilia 30 gennaio 2009, n. 5 - S.o.

Assessorato della Sanità

Decreto 16 gennaio 2009

Determinazione dell'aggregato di spesa regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale esterna per l'anno 2009.

Gurs Sicilia 6 febbraio 2009, n. 6

Assessorato della Sanità

Decreto 17 novembre 2008

Modifica dell'allegato al decreto 24 settembre 2008 e determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza ospedaliera della casa di cura di media specialità per l'anno 2008.

Gurs Sicilia 13 febbraio 2009, n. 7

Assessorato della Sanità

Decreto 17 novembre 2008

Determinazione dei budget delle case di cura di alta specialità per l'anno 2008.

Gurs Sicilia 13 febbraio 2009, n. 7

Assessorato della Sanità

Decreto 16 gennaio 2009

Determinazione dell'aggregato di spesa regionale delle case di cura accreditate di media e alta specialità per l'anno 2009.

Gurs Sicilia 13 febbraio 2009, n. 7

Assessorato della Sanità

Decreto 16 gennaio 2009

Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio.

Gurs Sicilia 20 febbraio 2009, n. 7

Assessorato della Sanità

Decreto 20 novembre 2008

Approvazione del progetto denominato «Reazioni avverse nel

neonato da farmaci assunti dalla donna in gravidanza: incidenza, prevedibilità e costi nella gestione del periodo post-partum».

Gurs Sicilia 6 marzo 2009, n. 10

Assessorato della Sanità

Decreto 10 febbraio 2009

Definizione del Piano tecnico sanitario per il fabbisogno regionale annuale di sangue, di emocomponenti, di emoderivati e della quantità di plasma necessaria da avviare ai centri di frazionamento dell'industria farmaceutica per l'anno 2009.

Gurs Sicilia 6 marzo 2009, n. 10

Assessorato della Sanità

Decreto 23 febbraio 2009

Disposizioni per la fornitura, in via temporanea, delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa, limitatamente alle persone con stati patologici severi cronici rientranti in programmi assistenziali di cure domiciliari integrate e non.

Gurs Sicilia 6 marzo 2009, n. 10

Assessorato della Sanità

Decreto 25 febbraio 2009

Approvazione del protocollo di intesa stipulato tra l'assessorato regionale della Sanità e l'Istituto nazionale previdenza sociale, relativo alla concessione in uso gratuito della procedura informatica per l'acquisizione e la gestione unificata delle pratiche di invalidità civile.

Gurs Sicilia 6 marzo 2009, n. 10

Assessorato della Sanità

Circolare 10 febbraio 2009, n. 1255

Direttiva acquisizione plasmaderivati dal commercio e dal conto lavoro.

Gurs Sicilia 6 marzo 2009, n. 10

Assessorato della Sanità

Circolare 23 febbraio 2009, n. 1256

Assistenza sanitaria integrativa - Revisione della distribuzione dei presidi e materiali sanitari - Adeguamento ai livelli essenziali di assistenza. Decreto n. 318/2009 del 23 febbraio 2009.

Gurs Sicilia 6 marzo 2009, n. 10

Assessorato della Sanità

Decreto 10 febbraio 2009

Determinazione dell'indennità di residenza da corrispondere ai titolari, direttori responsabili e gestori provvisori di farmacie rurali, per l'anno 2008.

Gurs Sicilia 20 marzo 2009, n. 12

Assessorato della Sanità

Decreto 29 dicembre 2008

Modifiche e integrazioni al decreto 28 novembre 2008, concernente individuazione dei centri specializzati per la diagnosi e piano terapeutico dei medicinali soggetti e non a note Aifa e aggiornamento dell'elenco dei centri prescrittori dei medicinali soggetti alla nota Aifa 74, delle unità valutative per il monitoraggio dei piani di trattamento della malattia di Alzheimer (Uva) e dei centri ex progetto Antares.

Gurs Sicilia 20 marzo 2009, n. 12

Assessorato della Sanità

Decreto 27 febbraio 2009

Aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero-territoriale della Regione siciliana.

Gurs Sicilia 20 marzo 2009, n. 12 - S.o. n. 2

Assessorato della Sanità

Decreto 17 marzo 2009

Stagione balneare per l'anno 2009.

Gurs Sicilia 27 marzo 2009, n. 13

Assessorato della Sanità

Decreto 26 marzo 2009

Adozione delle intese tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernenti «Linee guida per

l'esecuzione dei controlli tesi a garantire la sicurezza alimentare nell'ambito della produzione e immissione sul mercato del latte destinato al trattamento termico e alla trasformazione» e «Deregole relative alla produzione di ovini, caprini e suini lattanti parzialmente eviscerati».

Gurs Sicilia 10 aprile 2009, n. 16

Assessorato della Sanità

Decreto 3 aprile 2009

Assegnazione dei budget provvisori teorici per l'assistenza specialistica ambulatoriale esterna per il mese di aprile 2009.

Gurs Sicilia 17 aprile 2009, n. 17

Assessorato della Sanità

Comunicato

Costituzione della Commissione per la ricerca sanitaria della Regione Siciliana.

Gurs Sicilia 17 aprile 2009, n. 17

Consiglio regionale

Legge regionale 14 aprile 2009, n. 5

Norme per il riordino del Sistema sanitario nazionale.

Gurs Sicilia 17 aprile 2009, n. 17 - S.o.

Assessorato della Sanità

Decreto 25 marzo 2009

Nuove linee guida sul funzionamento del servizio di urgenza-emergenza sanitaria regionale Sues-118.

Gurs Sicilia 24 aprile 2009, n. 18

Assessorato della Sanità

Decreto 10 aprile 2009

Incarichi vacanti di continuità assistenziale accertati all'1 settembre 2008.

Gurs Sicilia 24 aprile 2009, n. 18

Assessorato della Sanità

Decreto 17 aprile 2009

Modifica del decreto 24 dicembre 2008, concernente indirizzi e criteri per l'applicazione del Piano di rientro di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 111, stipulato dalla Regione Siciliana in data 31 luglio 2007 e approvato dalla Giunta regionale l'1 agosto 2007.

Gurs Sicilia 30 aprile 2009, n. 19

Assessorato della Sanità

Decreto 10 aprile 2009

Piano regionale di sorveglianza degli allevamenti avicoli nei confronti dell'influenza aviaria per l'anno 2009.

Gurs Sicilia 8 maggio 2009, n. 20

Assessorato della Sanità

Decreto 20 aprile 2009

Adozione dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente «Linee guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti e mangimi».

Gurs Sicilia 15 maggio 2009, n. 21

Decreto presidenziale 23 dicembre 2008

Istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Gurs Sicilia 22 maggio 2009, n. 23

Decreto presidenziale 5 maggio 2009

Modalità di funzionamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e modalità di raccordo della stessa con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali.

Gurs Sicilia 15 maggio 2009, n. 23

Assessorato della Sanità

Decreto 8 maggio 2009

Nuova organizzazione delle cure palliative in Sicilia.

Gurs Sicilia 15 maggio 2009, n. 23



Toscana

Giunta regionale

Deliberazione 29 dicembre 2008, n. 1184

Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° gennaio 2009. Introduzione della versione italiana 2007 della «International classification of disease - 9th revision - Clinical modification» (ICD9 CM) e della versione 24ª del Grouper Hcfa.

Bur Toscana 14 gennaio 2009, n. 2

Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà

Decreto 23 dicembre 2008, n. 6297

Dgr n. 1038/2008: «Direttive per l'autorizzazione e/o registrazione per il trasporto di animali vivi». Approvazione modulistica.

Bur Toscana 14 gennaio 2009, n. 2

Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà

Decreto 19 gennaio 2009, n. 89

Rete regionale delle banche del latte umano donato (Re.Blud) - Integrazione disposizioni di cui alla Dgr n. 315/2008.

Bur Toscana 28 gennaio 2009, n. 4

Giunta regionale

Deliberazione 9 febbraio 2009, n. 90

Malattie rare. Disposizioni per l'ampliamento dei livelli di assistenza e l'aggiornamento della rete dei presidi.

Bur Toscana 18 febbraio 2009, n. 7

Giunta regionale

Deliberazione 9 febbraio 2009, n. 81

Indirizzi alle Aziende sanitarie per promuovere le sperimentazioni cliniche attraverso il miglioramento di percorsi di qualità.

Bur Toscana 18 febbraio 2009, n. 7

Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà

Decreto 4 febbraio 2009, n. 334

Dgr 12/2009 «Approvazione accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Marche e la Regione Toscana» - Definizione Piano annuale attività.

Bur Toscana 18 febbraio 2009, n. 7

Giunta regionale

Deliberazione 16 febbraio 2009, n. 99

Pnaa 2009-2010-2011 Regione Toscana. Disposizioni per la sorveglianza e la vigilanza sull'alimentazione animale.

Bur Toscana 25 febbraio 2009, n. 8

Giunta regionale

Deliberazione 16 febbraio 2009, n. 101

Indirizzi per la gestione degli eventi avversi e la pratica dell'audit clinico (ex Dgr n. 704 dell'8/10/2007).

Bur Toscana 25 febbraio 2009, n. 8

Consiglio regionale

Legge regionale 6 marzo 2009, n. 7

Disciplina delle strutture veterinarie pubbliche e private.

Bur Toscana 13 marzo 2009, n. 6

Giunta regionale

Deliberazione 16 marzo 2009, n. 188

Sanità di iniziativa: implementazione di una strategia terapeutica antifratturativa finalizzata alla riduzione dell'incidenza della rifrattura di femore da fragilità in Toscana in una popolazione di età uguale o superiore a 65 anni - Approvazione.

Bur Toscana 25 marzo 2009, n. 12

Avviso di rettifica - Giunta regionale

Deliberazione 9 febbraio 2009, n. 90

Malattie rare. Disposizioni per l'ampliamento dei livelli di assistenza e l'aggiornamento della rete dei presidi. (Pubblicata sul Bu n. 7 del 18 febbraio 2009 parte II).

Bur Toscana 25 marzo 2009, n. 12

Presidente Giunta regionale

Decreto 24 marzo 2009, n. 11/R

Regolamento di attuazione delle legge regionale 27 luglio 2004, n. 38 (Norme per la disciplina della ricerca, della coltivazione e dell'utilizzazione delle acque minerali, di sorgente e termali).

Bur Toscana 30 marzo 2009, n. 9

Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà - Area di coordinamento Sanità - Settore Medicina preventiva-preventiva

Decreto 16 marzo 2009, n. 1076

Piano di monitoraggio mediante test istologico anno 2009/Pnr 2009.

Bur Toscana 1 aprile 2009, n. 13

Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà - Area di coordinamento Sanità - Settore igiene pubblica

Decreto 30 marzo 2009, n. 1328

Lr 28/2004 «Disciplina delle attività di estetica e di tatuaggio e piercing». Approvazione ai sensi degli artt. 25, 61 e 81 del Dpgr 2 ottobre 2007, n. 47/R delle «Linee guida per la pulizia dei pavimenti, delle pareti e degli arredi e la manutenzione degli impianti di ventilazione e degli impianti di scarico», delle «Linee guida per il lavaggio delle mani e la pulizia delle unghie» e delle «Informative inerenti ai rischi legati all'esecuzione dei trattamenti di tatuaggio e piercing».

Bur Toscana 8 aprile 2009, n. 14

Decreto dirigenziale 22 aprile 2009, n. 1780

Anemia infettiva degli equidi - Modifica della frequenza dei controlli, art. 3 dell'Om 18 dicembre 2007.

Bur Toscana 6 maggio 2009, n. 18

Presidente della Giunta regionale

Ordinanza 16 aprile 2009, n. 3

Misure sanitarie contro la malattia vescicolare da enterovirus del suino.

Bur Toscana 29 aprile 2009, n. 14

Giunta regionale

Deliberazione 20 aprile 2009, n. 305

Approvazione dei criteri specifici per la concessione di contributi da parte dei settori della Dg «Diritto alla salute e politiche di solidarietà» competenti in materia di Sanità, in attuazione della Dgr 30 del 22 gennaio 2009.

Bur Toscana 29 aprile 2009, n. 17

Giunta regionale

Deliberazione 4 maggio 2009, n. 349

Attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria e compartecipazione alla spesa sanitaria: determinazioni in materia di tariffe e volumi delle prestazioni libero-professionali - Ulteriori livelli di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.

Bur Toscana 13 maggio 2009, n. 19

Giunta regionale

Deliberazione 4 maggio 2009, n. 351

Sistema informativo delle attività chirurgiche in libera professione intramoenia: determinazioni.

Bur Toscana 13 maggio 2009, n. 19

Giunta regionale

Deliberazione 4 maggio 2009, n. 352

Approvazione schema di Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Direzione regionale Inail Toscana per la promozione della salute e

sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, mediante lo sviluppo di interventi congiunti.

Bur Toscana 13 maggio 2009, n. 19

Direzione Generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà - Area di coordinamento Sanità Settore Igiene pubblica

Decreto 6 maggio 2009, n. 2063

Registrazione semplificata delle imprese alimentari che effettuano la produzione primaria di prodotti vegetali destinati all'alimentazione umana, ai sensi del regolamento (Ce) n. 852/2004 sull'igiene dei prodotti.

Bur Toscana 20 maggio 2009, n. 20

Giunta regionale

Deliberazione 25 maggio 2009, n. 441

Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale 2006/2008 ai fini dell'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, legge 662/1996, per l'anno 2008.

Bur Toscana 4 giugno 2009, n. 22, Supp. n. 61

Giunta regionale

Deliberazione 25 maggio 2009, n. 442

Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale 2006/2008 ai fini dell'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, legge 662/1996, per l'anno 2009.

Bur Toscana 4 giugno 2009, n. 22, Supp. n. 61

Giunta regionale

Deliberazione 3 giugno 2009, n. 467

Approvazione schema di Accordo tra Regione Toscana e organizzazioni sindacali rappresentative della Medicina generale sul ruolo della Medicina generale nell'attuazione del Piano sanitario regionale 2008-2010.

Bur Toscana 10 giugno 2009, n. 23

Giunta regionale

Deliberazione 3 giugno 2009, n. 465

Psn 2006/2008. Approvazione progetti attuativi, ai fini dell'accesso al Fondo di cui all'art. 2, comma 374 della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008) e assegnazione agli stessi della quota di cofinanziamento regionale.

Bur Toscana 10 giugno 2009, n. 23, Supp. n. 64

Giunta regionale

Deliberazione 15 giugno 2009, n. 502

Psr 2008-2010-Progetto regionale per la lotta contro il dolore: trattamento del dolore cronico non oncologico.

Bur Toscana 23 giugno 2009, n. 25

Trentino A.A.

Giunta regionale

Deliberazione 16 dicembre, n. 342

Rideterminazione per l'anno 2009 della retribuzione convenzionale annua utile ai fini del calcolo delle rendite dovute ai sensi delle leggi regionali 11 settembre 1961, n. 8 e 2 gennaio 1976, n. 1, e successive modificazioni e integrazioni.

Bur Trentino 7 gennaio 2009, n. 2

Agenzia provinciale per la rappresentanza negoziale

Accordo 5 febbraio 2009

Accordo per la chiusura del biennio economico 2006-2007 e accordo stralcio per il biennio economico 2008-2009 per il personale

dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del Servizio sanitario provinciale

Bur Trentino 24 febbraio 2009, n. 9, S.o. n. 2

Agenzia provinciale per la rappresentanza negoziale

Accordo 9 febbraio 2009

Accordo per la chiusura del biennio economico 2006-2007 e accordo stralcio per il biennio economico 2008-2009 per il personale dell'area della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario provinciale.

Bur Trentino 24 febbraio 2009, n. 9, S.o. n. 2



Pa Trento

Giunta provinciale

Deliberazione 6 febbraio 2009, n. 223

Aggiornamento alla versione 2007 della International classification of diseases - 9th revision - Clinical modification (Icd-9-Cm) e alla versione 24a del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis related groups (Drg) e contestuale aggiornamento, dal 1° gennaio 2009, del sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni di assistenza ospedaliera del Servizio sanitario provinciale.

Bur Trentino Alto Adige 24 febbraio 2009, n. 9

Consiglio provinciale

Legge provinciale 28 marzo 2009, n. 2

Disposizioni per l'assestamento del bilancio annuale 2009 e pluriennale 2009-2011 della Provincia autonoma di Trento (legge finanziaria di assestamento 2009).

Bur Trentino Alto Adige 30 marzo 2009 n. 14-bis, numero straordinario

Consiglio provinciale

Legge provinciale 3 aprile 2009, n. 4

Norme di semplificazione e anticongiunturali di accompagnamento alla manovra finanziaria provinciale di assestamento per l'anno 2009.

Bur Trentino Alto Adige 7 aprile 2009 n. 15, S.o. n. 1

Giunta provinciale

Deliberazione 13 marzo 2009, n. 519

Approvazione dei criteri di verifica dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture che erogano prestazioni relative a Pma - Procreazione medicalmente assistita.

Bur Trentino Alto Adige 7 aprile 2009, n. 15

Giunta provinciale

Deliberazione 20 marzo 2009, n. 601

Dppg 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg. e ss.mm. in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie - Strutture termali - Approvazione dei requisiti di qualità generali e specifici e dei criteri di verifica del loro possesso per l'accREDITAMENTO istituzionale - Approvazione dei requisiti per livelli tariffari differenziati per le strutture accreditate.

Bur Trentino Alto Adige 7 aprile 2009, n. 15

Comprensorio della Valle dell'Adige

Deliberazione 11 marzo 2009, n. 52

Termini dei procedimenti comprensoriali - Lp 30 novembre 1992, n. 23 e s.m.

Bur Trentino Alto Adige 28 aprile 2009, n. 18

Giunta provinciale

Deliberazione 30 aprile 2009, n. 1020

Modalità per la ridefinizione dei parametri per la verifica di compatibilità in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie presenti in ambito provinciale, ai