

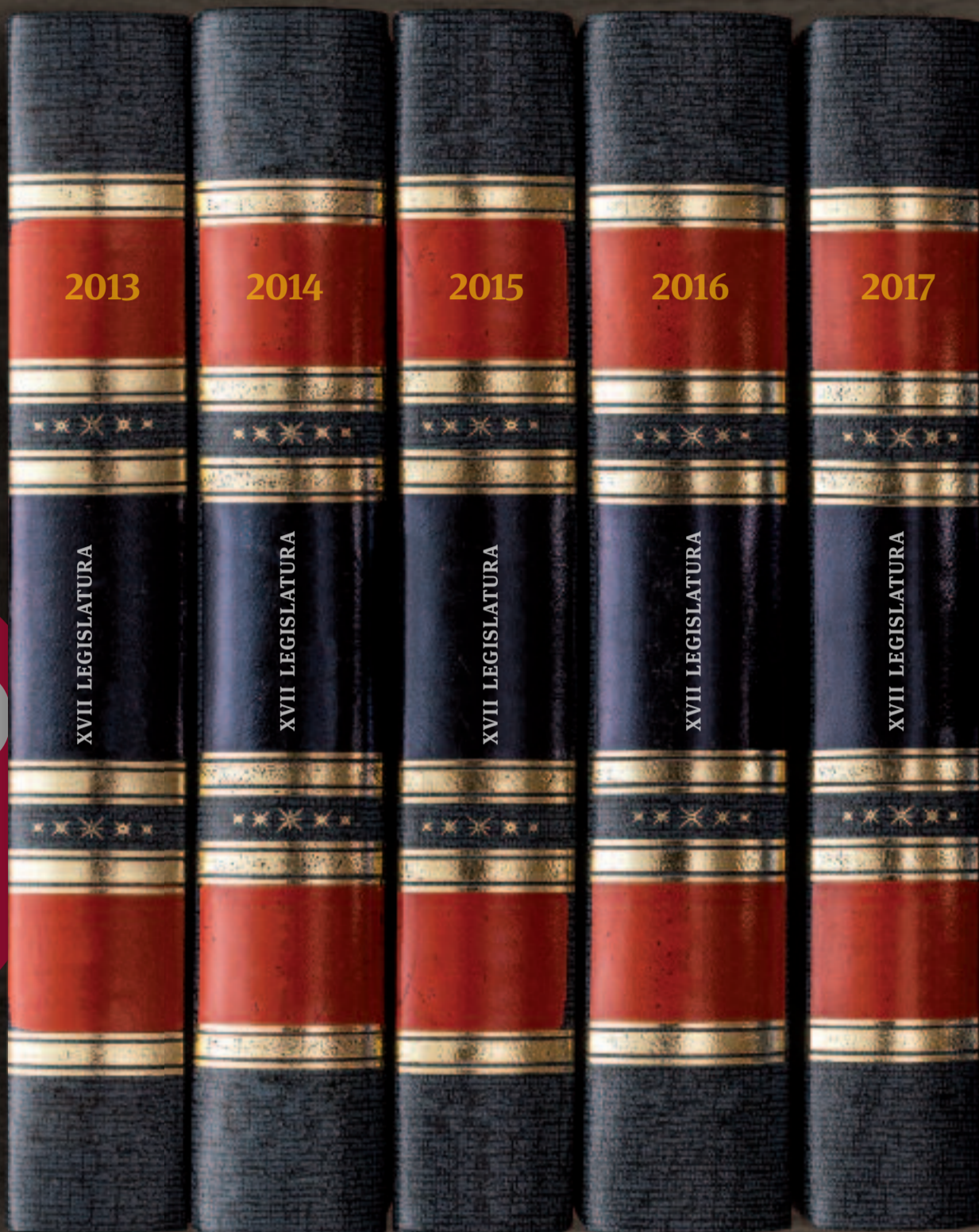
AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 16 Legge Lorenzin**
Arriva la Medicina di Genere
- 21 Speciale rapporto Onda**
La salute della donna.
La nuova longevità: una sfida al femminile
- 29 Agite**
Anno nuovo: nuovo futuro
per il ginecologo?

Gyneco Aogoi

NUMERO 6 - 2017 - BIMESTRALE - ANNO XXVIII



Si è chiusa la XVII legislatura e il 4 marzo
si andrà a votare per il nuovo Parlamento

5 anni di sanità. L'Almanacco della legislatura

Nel nostro speciale i fatti più importanti per la sanità e i medici di questi cinque anni. Dal Patto per la Salute ai nuovi Lea, fino alla legge sulla Responsabilità professionale e i nuovi standard ospedalieri.

Anno per anno, dal 2013 a oggi la cronistoria di tutto quello che è stato fatto da Governo, Parlamento e Stato Regioni.

IN QUESTO NUMERO

Buona lettura!

SU QUESTO NUMERO di *GynecoAogoi*. I temi trattati sono certamente importanti e forniscono a tutti noi una possibilità di aggiornamento e di riflessione. Mi fa piacere condividere con voi quanto l'Aogoi ha fatto nel 2017. Un punto che ritengo molto importante e su cui Aogoi ha investito moltissimo è quello della **formazione**.

Siamo orgogliosi di essere una delle poche (l'unica?) Società scientifica che offre gratuitamente l'accesso ai Corsi Fad. Nel 2017 sono stati cinque ed hanno affrontato temi molto attuali: la contraccezione, la menopausa, l'infezione da HPV, i test di screening e di diagnosi prenatale. Evidentemente la scelta dei temi e, mi permetto di dire, la qualità dei relatori sono state all'altezza delle aspettative perché molti di noi si sono iscritti ed hanno frequentato questi Corsi.

Nel 2017, in totale ben 22.427! È un numero di cui tutti noi possiamo essere molto orgogliosi perché l'impegno sia da parte di chi ha promosso queste scelte sia dei soci che hanno realizzato i corsi è stato ampiamente riconosciuto e premiato da una affluenza così elevata.

Come sappiamo, Aogoi è anche provider di Corsi residenziali che nel 2017 sono stati 29 con oltre 2.700 partecipanti.

IL 2017 È STATO ANCHE L'ANNO in cui si è realizzato il Master sulla Comunicazione di cui Carlo Stigliano è stato l'ideatore ed il promotore. Aogoi è orgogliosa di essere stata la prima, insieme all'Università IULM di Milano, ad affrontare in modo rigoroso e scientifico l'aspetto della comunicazione medico-persona assistita nel nostro caso "donne" (dobbiamo abituarci ad abbandonare il termine "paziente" che tale non è né deve essere chiamato)-

Noi che siamo in prima linea negli ospedali, nei consultori, nelle strutture ambulatoriali, sappiamo bene come i cambiamenti sociali (penso alle possibilità di informazione tramite internet, ai social, ai blog) si ripercuotono anche nel nostro lavoro quotidiano, nel rapporto con le donne, le coppie che si rivolgono a noi. La comunicazione è un momento essenziale, forse il più difficile, del nostro lavoro. Purtroppo la formazione su questo tema è carente e le capacità comunicative di ognuno di noi sono spesso frutto solo della nostra indole, della nostra esperienza personale. E' ora indispensabile che noi "impariamo" a comunicare: la capacità di comunicare bene è parte integrante di tutto il nostro lavoro, non solo con le donne ma anche fra di noi operatori sanitari che, con diverse competenze, ci occupiamo della salute della donna. Ritengo che anche faccia parte del contributo concreto che AOGOI ha dato ed intende continuare a dare per contrastare la violenza sulle donne in ogni momento, in ogni luogo.

UN ALTRO ASPETTO su cui voglio richiamare l'attenzione è il coinvolgimento dei nostri colleghi più **giovani**.

Il Questionario, rivolto ai giovani e pubblicato sia sul sito sia sulla pagina Facebook, dimostra che l'interesse verso le Società scientifiche esiste: il 92,4% ritiene che le società scientifiche abbiano oggi un ruolo.

Fra le 10 domande del questionario, vi era anche la domanda "Quale ruolo ritieni debba avere una società scientifica? Sono accettate più risposte". Il 92,5% ritiene che un ruolo sia quello dell'aggiornamento, il 90,6% quello della stesura di linee guida.

L'IMPEGNO DI AOGOI nella formazione (corsi Fad, corsi residenziali, Master) e nella stesura di documenti/raccomandazioni che ci sono di supporto nella nostra attività clinica quotidiana sono quindi obiettivi importanti non solo per noi che lavoriamo da più anni ma anche per i giovani e questo rappresenta uno stimolo in più per continuare.

Buona lettura di GynecoAogoi a tutti/e!



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 6 - 2017
Anno XXVIII

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: a.alberti@hcom.it

Editore
Edizioni Health
Communication, Roma

Pubblicità
Edizioni Health
Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento
postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
dicembre 2017
Tiratura 8.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per

l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA
PERIODICA SPECIALIZZATA

SPECIALE ONDA

LA SALUTE DELLA DONNA

Per questa edizione, realizzata ancora una volta grazie al supporto di Farmindustria O.N. Da ha scelto un tema di particolare interesse per l'Osservatorio: l'invecchiamento. Argomento attuale, fortemente connotato al femminile e che vede l'Italia protagonista, risultando il secondo Paese più vecchio nel mondo, dopo il Giappone e il primo in Europa.



SPECIALE
FINE
LEGISLATURA

Una legislatura, tre governi (Letta, dal 28 aprile 2013 fino al febbraio 2014, Renzi fino a dicembre 2016 e Gentiloni tuttora in carica), un solo ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, il più longevo della storia repubblicana, in carica, ad oggi, da 1.706 giorni.

Un record destinato ad essere ulteriormente superato, considerando che l'attuale governo resterà in carica almeno fino all'insediamento del nuovo Governo che non avverrà prima del 23 marzo 2018, data prevista per l'apertura delle nuove Camere scaturite dal voto del 4 marzo e chiamate ad eleggere i rispettivi presidenti.

Anche per questo, dall'aprile 2013 ad oggi e nei prossimi primi mesi del 2018, l'asse di governo della sanità ha girato soprattutto attorno a due poli di riferimento: da una parte Beatrice Lorenzin e dall'altra le Regioni guidate prima da Vasco Errani, poi da Sergio Chiamparino e infine da Stefano Bonaccini.

E di cose in sanità ne sono state fatte tante, anche se alla fine del percorso sembra ce ne siano di più da fare di quante se ne siano concluse. In realtà la legislatura ha numerosi fiori all'occhiello in sanità, dal nuovo Patto per la salute ai nuovi Lea, dai Piani per la cronicità e i vaccini, alla prevenzione agli standard ospedalieri, dalla riforma dell'obbligatorietà dei vaccini per la scuola dell'obbligo, alla legge sul biotestamento e quella sulle professioni sanitarie, quest'ultima da oltre dieci anni in stand by tra un Governo e l'altro. E non solo.

Dal nuovo Patto per la salute ai nuovi Lea, dai Piani per la cronicità, i vaccini, la prevenzione agli standard ospedalieri, dall'obbligatorietà dei vaccini alla legge sul biotestamento e quella sulle professioni sanitarie, da oltre dieci anni in stand by tra un Governo e l'altro. Il lavoro di cinque anni di legislatura che ha cambiato il volto della sanità e comunque segnato un record, quello del ministro della Salute più longevo della storia repubblicana

Dal Patto per la salute alla legge Lorenzin: almanacco di cinque anni di sanità

2013



ENRICO LETTA



MATTEO RENZI



PAOLO GENTILONI

L'ESORDIO e il primo scoglio sul cammino della sanità della XVII legislatura è stato quello del caso stamini, già aperto in precedenza, ma che proprio a cavallo del nuovo Governo dirompe sui mass media e confonde per l'ennesima volta l'opinione pubblica dividendola tra pro e contro, tanto che a maggio la Camera approva l'avvio della sperimentazione stanziando anche 3 milioni di euro. La legge del 23 maggio che la prevede è la 57/2013 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria", che prevede anche norme per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (la legge ha disposto il differimento della chiusura degli Opg al 1° aprile 2014, ma una ulteriore proroga è stata, tuttavia, disposta dalla legge 81/2014 che ha previsto la definitiva chiusura al 31 marzo 2015) e per la conservazione di cellule e tessuti, ma che in massima parte è dedicata alle cellule staminali. Sperimentazione bloccata a fine 2014 per mancanza di presupposti scientifici che ha rivelato nel tempo l'ennesima fake nei confronti di pazienti e che ha danneggiato pesantemente il sistema creando fazioni antiscientifiche che ancora oggi tentano attacchi alle evidenze della scienza e alle sue prove tanto che solo il 26 aprile 2017 Davide Vannoni, detentore del metodo, viene arrestato di nuovo dai carabinieri del Nas di Torino con l'accusa di aver continuato a utilizzare la pratica all'estero ed è indagato nell'ambito di una nuova inchiesta a Torino per associazione per delinquere. La seconda legge sanitaria della XVII legislatura torna sul versante economico. La legge "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali. Disposizioni per il rinnovo del Consiglio di presidenza della giustizia tributaria" è del

6 giugno e prevede tra le altre misure che per il pagamento dei debiti del Ssn (con ritardi verso i fornitori anche di anni), la possibilità di una anticipazione da parte dell'economia di 5 miliardi ma con una serie di pesi e garanzie necessarie a essere sicuri che i fondi andassero davvero ai creditori senza "storni" verso altre spese sanitarie. Una ulteriore noma in questo senso era stata proposta anche con un decreto legge del 24 giugno che però non è mai stato convertito. Ad agosto arriva la legge "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", la 98/2013, il cosiddetto "decreto del fare". Un testo che ha previsto numerose semplificazioni in tanti settori della vita pubblica dei cittadini. Ad esempio il certificato medico che indica la data presunta del parto, il certificato di parto e il certificato di interruzione di gravidanza sono trasmessi dal medico del Ssn o dalla struttura esclusivamente per via telematica, con le modalità definite da apposito decreto interministeriale. In questo modo, la lavoratrice non è più obbligata alla trasmissione dei certificati e si consente una gestione semplificata dell'iter amministrativo dei dati relativi alla maternità. Ed è stata prevista anche la soppressione di numerose certificazioni sanitarie (ad esempio, certificati di idoneità psicofisica o certificati di sana e robusta costituzione per l'assunzione o per lo svolgimento di alcune attività lavorative) ritenute non più utili. A settembre arriva invece una prima doccia fredda per il personale del Ssn, con il Dpr 122 "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per



BEATRICE LORENZIN

MINISTRO DELLA SALUTE DELLA XVII LEGISLATURA

i pubblici dipendenti, a norma dell'art. 16, commi 1, 2 e 3, del D.L. 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011", che **prevede norme per il contenimento delle spese per il pubblico impiego con il blocco, di fatto, del rinnovo dei contratti che, al massimo, potevano rivedere la parte normativa, ma niente per quella economica.**

Il 15 **ottobre la legge 119** "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il **contrasto della violenza di genere**, nonché in tema di protezione civile e commissariamento delle province" inasprisce le pene per gli atti di violenza di genere e detta misure per la prevenzione della violenza domestica, la violenza sessuale e stanzia anche fondi per i centri anti violenza e le case rifugio.

Sempre a ottobre **la legge 124** Testo del Dl 102/2013, coordinato con la legge di conversione 124/2013, recante: "Disposizioni urgenti in materia di IMU, di altra fiscalità immobiliare, di sostegno alle politiche abitative e di finanza locale, nonché di cassa integrazione guadagni e di trattamenti pensionistici" **stabilisce nuovi finanziamenti per i pagamenti da parte del Ssn dei fornitori per il 2014**, riprendendo in parte alcune norme che erano nel decreto legge mai convertito di giugno.

Ancora a ottobre **la legge 125** "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" ha previsto la conferma della **necessità di contenere le spese per il personale**, ma anche le norme sulla mobilità (poco rispettate nelle Regioni) e quelle per l'immissione in servizio dei vincitori di concorsi e per limitare il lavoro flessibile. Norme che tuttavia hanno dovuto scontrarsi contro le regole dei piani di rientro per quasi la metà delle Regioni.

A ottobre arriva anche la **legge 128** "Misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca" che prevede la **riduzione degli anni per le specializzazioni mediche**, collega il numero di laureati ai posti di specialità (ma senza molto successo) e prevede la possibilità di svolgere la specializzazione anche negli ospedali e nelle strutture del Ssn.

A fine anno **ecco la legge di stabilità 2014** (147/2013) la prima della XVII legislatura. E per la sanità si prevede la possibilità degli screening neonatali per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie (con 5 milioni di dote), l'anagrafe nazionale degli assistiti, il potenziamento degli accertamenti medico-legali sulle assenze dei dipendenti e ancora una volta, specificando che l'indennità di vacanza contrattuale i dipendenti la vedranno con il contratto, annuncia la possibilità di un rinnovo, ma solo normativo, senza toccare la parte economica. E questo vale, chiarisce la legge, anche per i convenzionati col Ssn. Tagli anche per il salario accessorio e per effetto di queste norme ecco il primo taglio al fondo sanitario: 540 milioni in meno per il 2015 che dal 2016 diventano 610 milioni. Effetto: nel 2015 il fondo sanitario per la prima volta regredisce e dopo i 109,902 miliardi del 2014 ecco i 109,715 per il 2015.



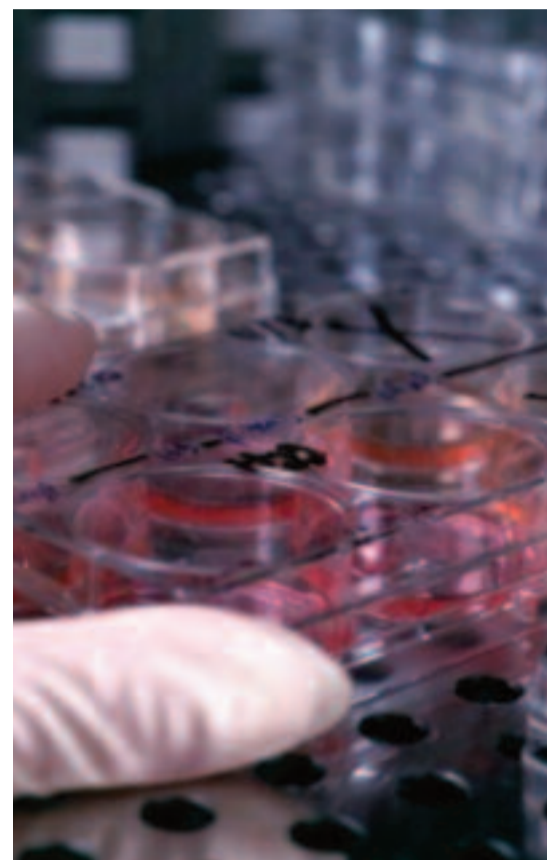
“**Caso stamina: la Camera approva l'avvio della sperimentazione stanziando anche 3 milioni di euro, ma sperimentazione viene bloccata a fine 2014 per mancanza di presupposti scientifici**”



DAVIDE VANNONI

DOPO LE PREMESSE di risparmi a tutti i costi dell'anno precedente, **il 2014 si apre con una serie di decreti ministeriali** (sul rinnovo telematico delle patenti, sul pagamento col bancomat ecc.) **ma il 21 febbraio fa il suo esordio al Senato il Ddl Lorenzin, il 1324**, che avrebbe dovuto aspettare 1.400 giorni dalla sua presentazione, l'ultimo atto della legislatura per una conversione in legge lampo sempre al Senato arrivata il 22 dicembre 2017, a circa 60 ore (lavorative) dalla fine della legislatura.

Il 2014 è anche l'anno in cui si comincia il lavoro sui nuovi Lea che sostituiranno con l'intesa Stato-Regioni siglata però solo nel 2016 quelli del 2001. I lavori per la predisposizione del provvedimento si sono sviluppati da aprile a dicembre 2014 e sono stati condotti da quattro gruppi di lavoro a composizione mista (Ministero, Regioni e A.ge.Nas), che hanno elaborato proposte per l'aggiornamento delle aree portanti dei Lea. Inoltre, il provvedimento tiene conto del lavoro dei numerosi gruppi interistituzionali che nel corso degli ultimi anni hanno lavorato sui temi attinenti la definizione dei Lea. In particolare, sono stati integrati nel provvedimen-



to i documenti della Commissione nazionale Lea di cui al decreto 25 febbraio 2004, dei "15 Mattoni del Servizio sanitario nazionale", del Tavolo interregionale sulle malattie rare, dei gruppi di lavoro per l'aggiornamento delle malattie croniche essenti e dei Gruppi di lavoro costituiti con la partecipazione di Agenas e delle Regioni a seguito dell'approvazione del nuovo Patto per la salute. Si, perché **il 2014 è stato anche l'anno del nuovo Patto per la salute**. Il 10 luglio 2014 è stata siglata l'Intesa sul Patto della salute 2014-2016 che ha fissato, per il triennio di riferimento, il perimetro del concorso finanziario dello Stato al sistema salute, anche se per il contributo aggiuntivo che le regioni hanno dovuto assicurare alla finanza pubblica per ciascuno degli anni dal 2015 al 2018, con una serie di atti concordati a livello di Conferenza Stato-regioni, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stato poi rideterminato in riduzione.

Così, il **fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018**, come stabilito nell'Intesa dell'11 febbraio 2016, è stato determinato in 113,063 miliardi per il 2017 e 114,998 per il 2018.

Ma le riduzioni non si sono fermate qui visto che poi la legge di bilancio 2017 ha rideterminato, ancora in diminuzione, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, portandolo a 113 miliardi per il 2017 e a 114 per il 2018.

**SPECIALE
FINE
LEGISLATURA**

Per il 2019 il livello del finanziamento è stato fissato in 115 miliardi.

Ma siccome ai tagli (riduzioni) non c'è mai fine, il **decreto 5 giugno 2017, a causa del mancato contributo delle autonomie speciali agli obiettivi di finanza pubblica, ha nuovamente rideeterminato il livello del fabbisogno sanitario nazionale**, stabilendo ulteriori riduzioni: 423 milioni per il 2017 e 604 milioni per il 2018 portando alla fine il fondo 2018 a quota 113,936 miliardi (anziché a 114 come previsto dalla legge di Bilancio 2017).

Ma lasciando da parte le peripezie del fondo sanitario, nel 2014 oltre al Patto per la salute e a iniziare il lavoro sui nuovi Lea, la legge 15 del febbraio 2014 (il **millepororoghe**), ha fissato al 31 ottobre 2014 la fine degli accreditamenti provvisori di strutture sanitarie, sociosanitarie e stabilimenti termali e se le Regioni non avessero provveduto, commissario ad acta sarebbe stato lo stesso presidente della Giunta.

Publicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 2013 il **decreto legislativo n. 26 del 4 marzo 2014 di attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici**. Il provvedimento introduce disposizioni che mirano alla sostituzione e alla riduzione dell'uso di animali nelle diverse procedure e al miglioramento dei metodi di allevamento, sistemazione, cura ed uso, nonché norme relative alla loro origine, marcatura, cura, sistemazione e soppressione, all'attività degli allevatori, dei fornitori e degli utilizzatori.

Gli obiettivi perseguiti sono, nell'immediato, assicurare un elevato grado di protezione degli animali coinvolti e nel lungo periodo operare con l'obiettivo della loro completa sostituzione con metodi alternativi. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è co-proponente del provvedimento.

Sempre di febbraio sono due Dlgs, il n. 17 e il n. 19, entrambi del 19 del mese, uno, il 17, sull' "Attuazione della direttiva 2011/62/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, recante **un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano**, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale" e l'altro, il 19, sull' "Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEM e FSESP, in materia di **prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario**".

Dal 19 marzo **Angelo Lino Del Favero**, già presi-



dente di Federsanità Anci e direttore generale della Città della Salute e della Scienza di Torino, è il nuovo direttore dell'Istituto superiore di Sanità. Del Favero è stato scelto per sostituire Monica Bettoni alla direzione dell'Istituto. Il decreto del ministro era già stato firmato a gennaio, ma si è dovuto attendere la ratifica della Corte de Conti. A marzo altri due Dlgs contribuiscono a recepire direttive Ue.

Il primo, **il n. 38**, è l'"Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il **riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro**".

Il secondo, **n. 42**, è l'"Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda **la farmacovigilanza**".

Il Dlgs sulle cure transfrontaliere stabilisce i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e fissa le misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro.

In particolare il provvedimento, che attua la direttiva europea 2011/24 riguardante l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e la direttiva europea 2012/52/UE che comporta misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro, mira a:

- rendere effettivo l'esercizio del diritto di fruire delle migliori cure prestate nelle strutture sa-

nitare di uno dei Paesi dell'Unione europea;

- a garantire la libertà di scegliere da chi ricevere assistenza sanitaria;
- a ottenere continuità delle cure prescritte attraverso il riconoscimento delle prescrizioni farmaceutiche emesse in un altro Stato membro dell'Unione;
- a favorire una maggiore cooperazione con gli Stati membri per migliorare il livello di qualità e sicurezza delle cure;
- a valorizzare le strutture di "eccellenza" del Servizio sanitario nazionale;
- a rendere più competitivo il sistema sanitario italiano nel contesto europeo.

Il Dlgs sulla farmacovigilanza riguarda soprattutto le regole in caso di sospensione della vendita di medicinali anche in caso di revoca, divieto di vendita o ritiro dal commercio.

Il **Dlgs n. 26** del 24 marzo 2014 ha invece tentato di mediare la necessità di permettere agli enti di ricerca l'effettiva **sperimentazione sugli animali** con gli specifici criteri di delega di cui all'articolo 13, comma 1, lett. c) e f), della legge di delegazione europea n. 96/2013, che hanno posto limiti ben definiti alle procedure di sperimentazione.

Per questo motivo, il Dlgs aveva previsto l'applicazione dei divieti (a partire dal 1° gennaio 2017) su alcune procedure di sperimentazione che prevedono l'impiego di animali per ricerche, in particolare, sugli xeno-trapianti (trapianti di uno o più organi effettuati tra animali di specie diverse) e sulle sostanze d'abuso (per lo sviluppo ad esempio di nuove terapie per la tossicodipendenza). Il



ANGELO LINO DEL FAVERO

**DAL 19 MARZO 2014 DIRETTORE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**



FRANCESCO BEVERE

DAL 6 AGOSTO 2014
DIRETTORE GENERALE DELL'AGENAS

termine è stato successivamente differito dal milleproroghe 2016 prima al 1° gennaio 2018 e, in sede di conversione, al 1° gennaio 2020, anche in considerazione di una procedura di infrazione avviata dalla Commissione europea (n. 2016/2013) per violazione del diritto dell'Unione, a causa di condizioni eccessivamente restrittive delle sperimentazioni stesse rispetto a quelle esistenti in altri Stati membri. Il Parlamento ha poi la **legge n. 79/2014**, diretto a fronteggiare **situazioni di necessità ed urgenza negli ambiti delle sostanze stupefacenti e psicotrope e dei farmaci offlabel**.

I primi due articoli del decreto legge 36/2014 intervengono sugli aspetti di tutela della salute, legati al consumo e alla cessione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. L'intervento si è reso necessario dopo che la Corte costituzionale, con la sentenza 32/2014, ha dichiarato costituzionalmente illegittime le norme sugli stupefacenti contenute nella legge 49/2006 di conversione del decreto legge 272/2005 (legge meglio conosciuta come Fini-Giovanardi), che hanno riformato il Testo unico sugli stupefacenti di cui al D.P.R. 309/1990. La cancellazione delle norme impugnate ha comportato il ripristino della disciplina con-

tenuta nel Testo unico sugli stupefacenti nella versione precedente al 2006, con effetti importanti sia dal punto di vista penale che amministrativo. **L'articolo 3 è intervenuto poco tempo dopo la deliberazione dell'Antitrust che ha sanzionato le aziende farmaceutiche Roche e Novartis per un cartello che ha condizionato le vendite dei farmaci Avastin (offlabel) e Lucentis (on-label)** destinati alla cura oculare. Per il Ssn l'intesa ha comportato un esborso aggiuntivo stimato in oltre 45 milioni nel solo 2012, con possibili maggiori costi futuri. Il 5 marzo 2014 l'Antitrust ha disposto, per Roche e Novartis, il pagamento di una multa di 180 milioni per intesa restrittiva della concorrenza.

La norma favorisce e promuove l'uso offlabel di un farmaco per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata al momento della sua commercializzazione. La disposizione favorisce l'inserimento nella Lista 648 dei farmaci offlabel sulla base di evidenze scientifiche, secondo parametri di economicità ed appropriatezza, e previo parere dell'Aifa.

Lo stesso giorno della legge 79 è stata approvata anche la **legge 78, il Job Acts**, la legge "Disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese".

A fine maggio, il 30, arriva la **legge n. 81 "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"** quella che ha previsto la chiusura definitiva degli Opg nel 2015 e il 23 giugno la legge 89 "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale" che ancora prevede regole, finanziamenti e criteri di acquisto per i pagamenti nei tempi da parte del Ssn ai fornitori, ma che controlla anche le spese per le consulenze e per i Cococo.

Il 6 agosto si **insedia Francesco Bevere** in qualità di Direttore Generale dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Con la nomina del professor Bevere, l'Agenzia "si appresta ad affrontare i nuove impegnativi compiti previsti nel recente Patto per la salute per quanto concerne la valutazione, il monitoraggio e la riorganizzazione dei servizi sanitari".

La legge **11 agosto n. 114** "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari" **per il Ssn stabilisce limiti per l'acquisizione di personale a tempo determinato, una serie di disposizioni che estendono l'assicurazione prevista dalla legge Balduzzi anche ai liberi professionisti** e nel caso di intramoenia, nuove procedure

“ Nuove regole formato Ue sugli orari di lavoro per il Ssn che ancora non hanno trovato riscontro nella pratica di tutti i giorni e che stanno cercando di fare il loro ingresso in quello che sarà il nuovo contratto, ma in un modo che non piace affatto ai sindacati.

per rimborsare i danni agli emotrasfusi.

Ed è con la **legge 30 ottobre n. 161** "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis" che arrivano le **nuove regole formato Ue sugli orari di lavoro per il Ssn che ancora non hanno trovato riscontro nella pratica di tutti i giorni e che stanno cercando di fare il loro ingresso in quello che sarà il nuovo contratto, ma in un modo che non piace affatto ai sindacati**.

Con la **legge di stabilità 2015** (n. 190) arriva il finanziamento dell'attività di prevenzione delle ludopatie, l'istituzione del Registro dei donatori di cellule per la procreazione assistita.

E arriva anche il **primo fondo sperimentale da 500 milioni per il 2015-2016 per l'eradicazione dell'epatite C** che riguarda in Italia centinaia di migliaia di persone in stato di infezione avanzata e si calcola più di un milione di infetti ancora non totalmente consapevoli. Lo stanziamento ha consentito alle Regioni di acquistare i primi farmaci innovativi che sono in grado di eradicare l'epatite C.

La legge di stabilità 2015 è anche quella che contiene il famigerato **"comma 566"**, apparentemente una soluzione per dare spazio alla crescita professionale delle professioni sanitarie che si è invece rivelato un boomerang per gli attacchi e le barricate che si è trovata davanti la sua applicazione, soprattutto da parte dei medici. Fatto sta che il comma ancora non è mai stato applicato e una soluzione alternativa non si è trovata.

Ma a fine anno, il 14 novembre, arriva in Stato-Regioni anche l'intesa sul **"Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018"**, che stabilisce gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione e delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagni il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tra gli obiettivi: ridurre morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili; promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani; prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti; ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie.

L'accordo è stato poi prorogato a fine 2017 fino a tutto il 2019 dalla Stato-Regioni.

E il mese precedente era stato approvato in Unificata anche il **"Piano nazionale demenze"** per consentire la creazione di una rete integrata per le demenze, interventi per l'appropriatezza delle cure e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

2015

L'ANNO SI APRE con la **delibera n. 1 dell'8 gennaio 2015 dell'Anac** "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013, con particolare riguardo alle cause di **incompatibilità tra il mandato parlamentare e lo svolgimento di cariche di natura elettiva ricoperte all'interno degli ordini professionali**" che ha portato all'abbandono della carica di presidente della FnomCeO e dell'Ipasvi dei presidenti eletti, ma anche senatori, mentre il presidente Fofi è rimasto in carica.

È poi la volta della **legge del 27 febbraio n. 11, il milleproroghe**, che riprende la legge di stabilità approvata a fine 2014 e prevede per incentivare la natalità in crollo in Italia il **bonus bebè**, un assegno mensile destinato alle famiglie o singole mamme, sia lavoratrici che disoccupate, per i bambini nati o adottati tra il 2015 e il 2017. Il contributo è distribuito in base al reddito (960 euro l'anno (80 euro al mese per 12 mesi) con ISEE superiore a 7.000 euro annui e non superiore a 25.000 euro annui; 1.920 euro l'anno (160 euro al mese per 12 mesi) con ISEE non superiore a 7.000 euro annui) e viene erogato nei primi tre anni di vita del bambino.

A gennaio il ministero della Salute vara il **Piano Nazionale Integrato 2015-2018** finalizzato a orientare i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare e per la lotta alle frodi lungo l'intera filiera produttiva, dai campi alla tavola, in funzione dei rischi.

Il 6 marzo è pubblicato il Dpcm "**Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità**".

Il 2 aprile arriva il **decreto Salute-Economia n. 70** Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. **Sono gli**

standard ospedalieri che entreranno in vigore a giugno che prevede tra le altre cose il nuovo parametro posti letto abitante previsto dalla spending review del Governo Monti con una riduzione attesa di 3mila posti letto in base ai nuovi standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione e un tasso occupazione al 160 per mille e degenza media sotto i 7 giorni. Nelle previsioni del regolamento anche il ritocco del tasso di ospedalizzazione che si punta a fissare sulla soglia del 160 per mille di cui il 25% dedicato ai ricoveri in day hospital (indicati anche per disciplina e specialità clinica) e all'indice di occupazione dei posti letto che si dovrà attestare sul valore tendenziale del 90% con una durata di degenza per i ricoveri ordinari inferiore mediamente ai 7 giorni.

E il 27 marzo con un decreto del ministro Lorenzin è stata istituita, presso il ministero della **Salute l'Unità di crisi permanente**, con il compito di intervenire per fronteggiare gli eventi di significativa gravità verificatisi nell'erogazione delle prestazioni da parte del Ssn. L'unità di crisi è composta da esperti del ministero della Salute, rappresentanti del Comando dei Carabinieri Nas, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e della Conferenza delle Regioni e delle province autonome. L'Unità di crisi è intervenuta, con ap-

posite visite ispettive, in tutti i più rilevanti casi di malasanità che hanno interessato il Paese negli ultimi due anni.

A maggio arrivano le leggi **68 "Disposizioni in materia di delitti contro l'ambiente"** e **69 "Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio"**.

Il 5 agosto è stata approvata la **legge 134** "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con **disturbi dello spettro autistico** e di assistenza che prevede l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza dei trattamenti per l'autismo, l'aggiornamento delle linee guida per prevenzione, diagnosi e cura, oltre alla ricerca nel campo.

Il 6 agosto arriva la **legge 125** "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Ssn nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali" che prevede tra le altre **misure altri 2 miliardi per garantire il pagamento dei debiti Ssn verso i fornitori, la rinegoziazione dei contratti di acquisto in essere di beni e servizi, compresi i contratti di concessione di costruzione e gestione, per raggiungere uno sconto medio del 5% su base annua** con possibilità anche di recesso



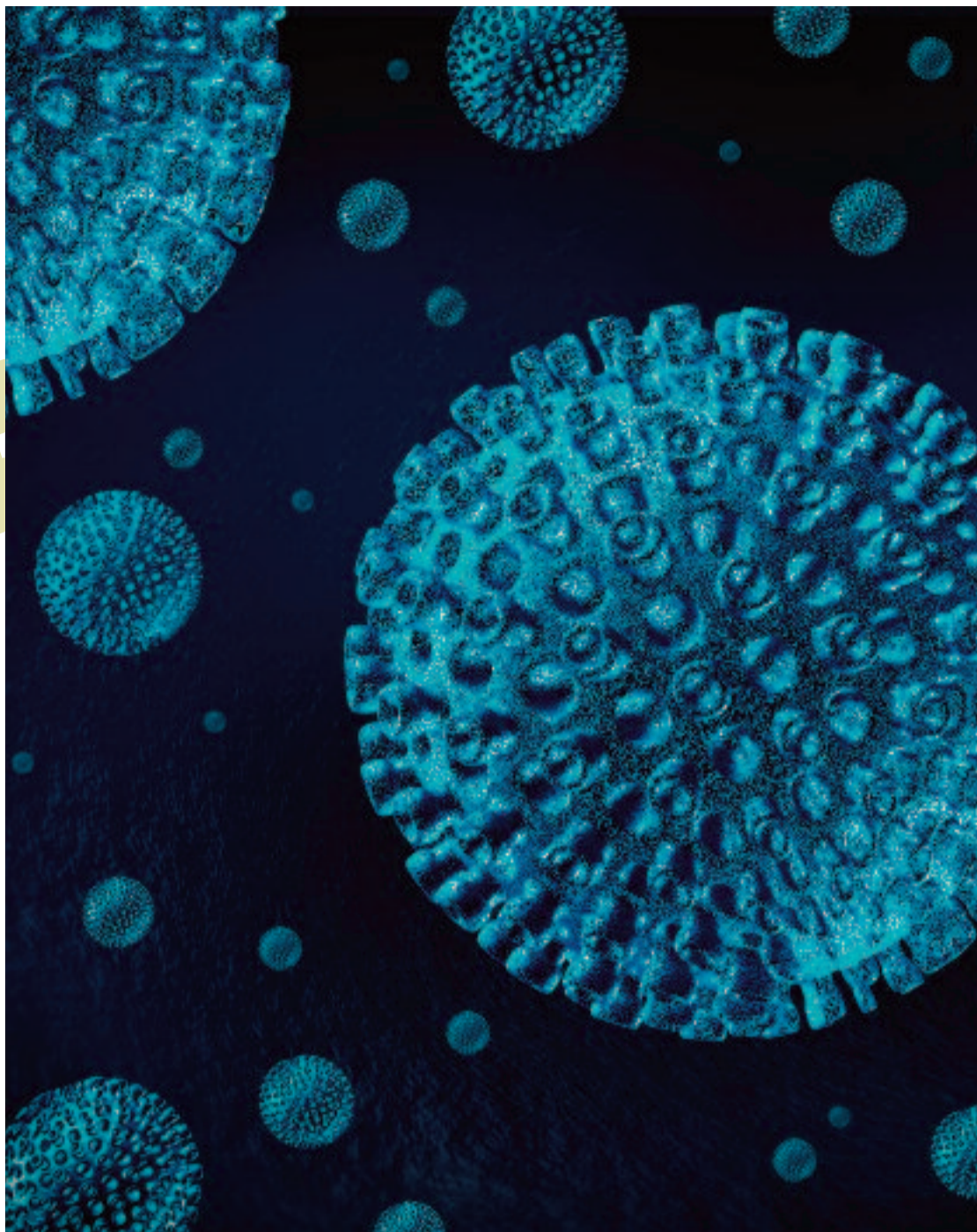
ADELMO LUSI

COMANDANTE DEI NAS

“
Il 27 marzo con un decreto è stata istituita, presso il ministero della Salute l'Unità di crisi permanente

“
Il 2 aprile arriva il decreto Salute-Economia n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera





dal contratto se la rinegoziazione non fosse andata a buon fine, la fatturazione elettronica, la rinegoziazione anche del prezzo dei medicinali dando alle aziende tre opzioni: abbassare i prezzi a livello di quello di riferimento per il rimborso (che sarà quello più basso all'interno del raggruppamento); lasciare lo stesso prezzo e rimborsare con il pay back la differenza tra il loro prezzo e il prezzo di rimborso; non abbassare il prezzo, rifiutare anche il pay back e scegliere di passare in fascia C.

Un'altra misura sui farmaci riguarda i medicinali biotecnologici, che in seguito alla scadenza brevettuale del principio attivo di un farmaco e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa a un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile, saranno anch'essi oggetto di rinegoziazione del prezzo di rimborso a carico del Ssn del medicinale biotecnologico da parte dell'Aifa. E appare qui per la prima volta la previsione di un decreto ministeriale (poi Dm 9 dicembre 2015) da adottare, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, per individuare le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatazza.

Il 2015 è anche l'anno della **riforma Madia della PA**, la legge 124 del 7 agosto che prevede tra l'altro l'istituzione di un'area contrattuale per la dirigenza del ruolo sanitario, poi ritoccata dopo la sentenza della Consulta che ha bloccato la mancata partecipazione attiva delle Regioni alla

predisposizione del testo e poi rilanciata da un nuovo decreto attuativo-correctivo, norme per i precari, linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, mobilità ecc.

Con la registrazione alla Corte dei Conti il 2 settembre **Walter Ricciardi è stato nominato Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità**. "La nomina inaugura una fase nuova per l'Istituto Superiore di Sanità - ha commentato il ministro Lorenzin - al centro di una strategia di innovazione e rilancio della ricerca biomedica italiana. Da commissario straordinario, il professore Ricciardi, in un solo anno di lavoro, è riuscito a sanare il bilancio dell'ente e dimostrato di avere una visione strategica per il futuro



WALTER RICCIARDI

2 SETTEMBRE 2015
PRESIDENTE DELL'ISTITUTO
SUPERIORE DI SANITÀ

“

A ottobre arriva il Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali, elaborato dai Componenti del Gruppo di lavoro per la prevenzione delle epatiti, si compone di 5 linee strategiche: epidemiologia; prevenzione; sensibilizzazione, informazione e formazione; cura trattamento e accesso; impatto sociale

dell'istituto. A lui adesso la guida di un programma di lavoro che deve portare il nostro Istituto a primeggiare a livello internazionale recuperando quel ruolo che lo ha fatto essere nel suo passato il fiore all'occhiello della sanità italiana sia nell'attività di ricerca che nelle innumerevoli attività di prevenzione e controllo svolte al servizio dei cittadini”.

Con il **Dlgs 24 settembre 2015 n. 158 si inaspriscono le sanzioni per le violazioni al sistema tessera sanitaria** e con il **Dpcm 29 settembre 2015 n. 178** arriva il **“Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico”**, che attualmente ha però ancora alcune Regioni dove non è stato applicato.

A ottobre arriva il **Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali**, elaborato dai Componenti del Gruppo di lavoro per la prevenzione delle epatiti, si compone di 5 linee strategiche: epidemiologia; prevenzione; sensibilizzazione, informazione e formazione; cura trattamento e accesso; impatto sociale.

In particolare è dichiarata guerra aperta all'epatite C con la previsione di accesso ai trattamenti per 240.000 pazienti in tre anni come obiettivo del Piano di eradicazione e per renderlo possibile è stato reso strutturale un fondo dedicato di 1 miliardo e mezzo di euro (500 milioni annui).

Nella **legge di stabilità 2016** (n. 208 del 28 dicembre), è previsto il blocco dell'aumento delle addizionali Irpef da parte delle Regioni, l'esclusione dei convenzionati dall'Irap, l'obbligo di assumere con procedure di mobilità il personale autista-soccorritore CRI, la previsione del finanziamento per le sperimentazioni su cellule staminali, l'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti del Ssn, la previsione dei piani di rientro per le singole aziende e non più per le Regioni con tutte le regole per il calcolo degli scostamenti e per il rientro.

Arrivano per i dipendenti pubblici i primi 300 milioni per i contratti di tutta la PA. Sempre in tema di personale, entro il 31 dicembre 2016 prenderanno il via i concorsi straordinari per le nuove assunzioni di medici, infermieri e personale tecnico sanitario garantendo un primo sblocco del turn over, prevedendo la facoltà per gli enti del Ssn di indire, appunto, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle relative esigenze assunzionali. Le Regioni con criticità nell'erogazione dei Lea, inoltre, già dal 1° gennaio potranno as-

2016

sumere ricorrendo a forme di lavoro flessibile. I contratti di lavoro attivati potranno essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016. Nasce la “cabina di regia” per i dispositivi medici”. **E ancora sono eliminate le disparità di trattamento sanitario per i pazienti provenienti da regioni diverse che ora avranno gli stessi diritti di accesso e di erogazione delle prestazioni dei pazienti residenti.** Nelle Regioni a statuto speciale potranno nascere le Aziende uniche ospedaliero-universitarie, sul modello di quanto già programmato in Friuli Venezia Giulia.

Infine, le misure dedicate alla disabilità e non autosufficienza. In tutto, 90 milioni per il sostegno delle persone con disabilità grave prive di legami familiari, a cui si devono aggiungere 70 milioni destinati all’assistenza per l’autonomia degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali, e 5 mln per alcune misure finalizzate a rendere effettivamente indipendente la vita delle persone con disabilità grave. Confermato a 400 milioni il fondo per le non autosufficienze.

A fine anno poi arriva l’approvazione **del Dlgs che dal 18 gennaio 2016, in base alle norme Ue, fissa nuove procedure e nuovi obiettivi per la mobilità internazionale dei professionisti e con cui nasce la tessera professionale europea** che ha come obiettivi la semplificazione delle procedure di riconoscimento delle qualifiche professionali; l’agevolazione della mobilità dei professionisti anche attraverso rilascio della tessera professionale europea; il miglioramento della rete di cooperazione amministrativa tra le autorità competenti nazionali ed europee; il rafforzamento delle garanzie per i pazienti; la valutazione della regolamentazione relativa a tutte le professioni regolamentate per verificarne proporzionalità e giustificabilità sulla base di un motivo imperativo di interesse pubblico. Il testo era stato varato dall’esecutivo il 13 novembre 2015, in via preliminare, e poi sottoposto al parere della Conferenza Stato-Regioni e delle competenti Commissioni parlamentari.

SPECIALE
FINE
LEGISLATURA

LUCA COLETTA

DAL 7 LUGLIO 2016:
PRESIDENTE DELL'AGENAS

IL 28 GENNAIO arriva in Gazzetta il **Dlgs n. 15 sulla tessera professionale europea.**

La legge **21/2016 (milleproroghe)** “Proroga di termini previsti da disposizioni legislative” prevede per la sanità la proroga anche per il 2016 delle modalità di assegnazione delle quote premiali per le Regioni, nelle more dell’emanazione del decreto Mef-Salute previsto dall’articolo 67 bis della finanziaria 2010.

Altra novità quella della **proroga delle tre regioni benchmark** individuate ai fini del riparto 2015 e cioè Marche, Umbria e Veneto. E tra le norme prorogate l’avvio del nuovo sistema di remunerazione di farmacie e grossisti, che doveva essere varato addirittura entro il 2012 ed era già stato oggetto di altre proroghe, e che scatterà, invece, dal 1° gennaio 2017. E ancora proroga per le tariffe massime per l’assistenza ambulatoriale e protesica che sono state prorogate fino al 30 settembre, mentre quelle ospedaliere sono prorogate fino al 31 dicembre 2016.

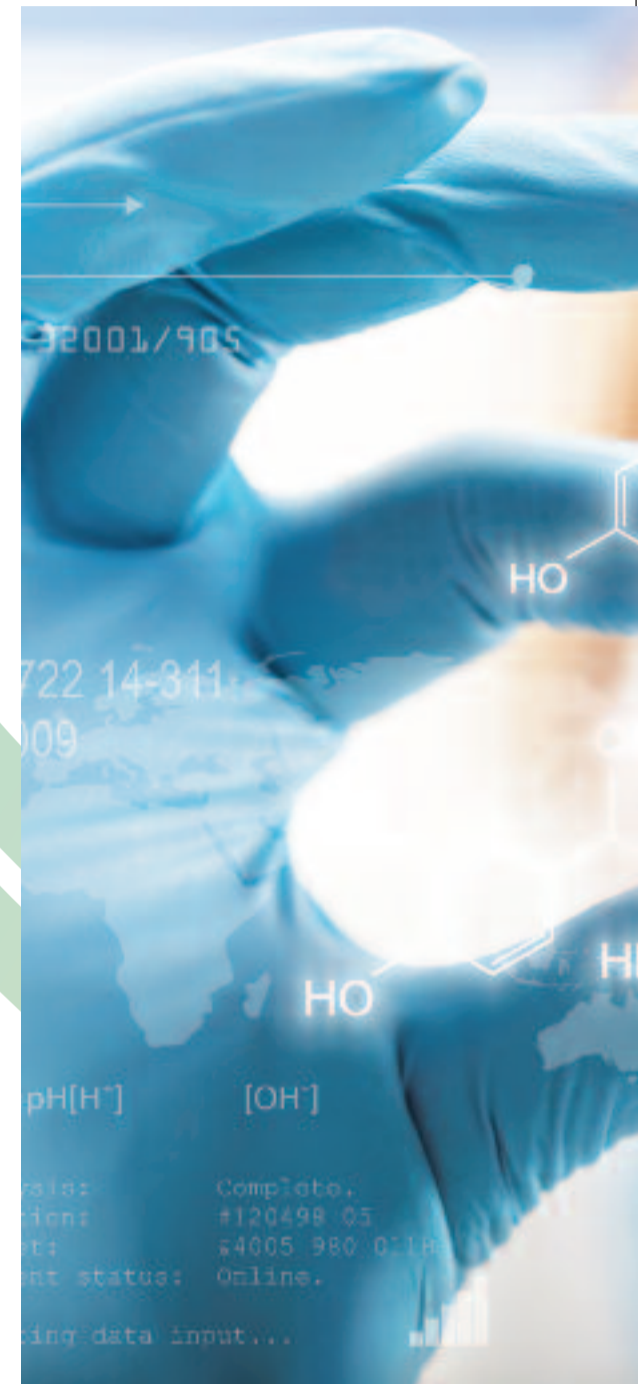
Il **Dlgs 97 del 25 maggio, in attuazione della Riforma Madia**, è quello che prevede ciò che poi sarà inserito ad agosto nel Piano nazionale anticorruzione 2016 per Ordini e collegi professionali, “tenuti a osservare la disciplina in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nonché gli orientamenti del presente PNA, secondo quanto previsto dal d.lgs. 97/2016 ed, in particolare, dagli artt. 3, 4 e 41 che hanno modificato, rispettivamente gli artt. 2 e 3 del d.lgs. 33/2013 e, tra l’altro, l’art. 1 c. 2 della l. 190/2012”. Con particolare riguardo alla trasparenza.

Il **6 giugno arriva la legge 106** “Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell’impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale” in cui si prevede un Terzo Settore più trasparente ed efficace che ridisegna anch’esso modello di welfare italiano, che diventa sempre più capace di rispondere alle nuove esigenze delle cittadine e dei cittadini con la partecipazione attiva e responsabile delle persone, andando a valorizzare il potenziale di crescita sociale e occupazionale presente nel campo dell’economia sociale, puntando su razionalizzazione e semplificazione per dare l’apporto del terzo settore all’economia italiana.

Il 20 giugno è pubblicato in Gazzetta anche il **Dlgs n. 116** “Modifiche all’articolo 55-quater del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi dell’articolo 17, comma 1, lettera s), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di **licenziamento disciplinare**”, più noto come il **Dlgs contro i “furbetti del cartellino”**.

È la legge **22 giugno 2016 n. 112** “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” la legge **“Dopo di noi” 2016** che prevede tra le altre misure di “favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l’autonomia delle persone con disabilità”, vengono individuate e riconosciute specifiche tutele per le persone con disabilità quando vengono a mancare i parenti che li hanno seguiti fino a quel momento.

L’obiettivo del provvedimento è garantire la massima autonomia e indipendenza delle persone di-



sabili, consentendogli per esempio di continuare a vivere nelle proprie case o in strutture gestite da associazioni ed evitando il ricorso all’assistenza sanitaria. Il testo estende le tutele anche a quei soggetti che pur avendo i genitori ancora in vita non possono beneficiare del loro sostegno. Viene però specificato che “tali misure sono definite con il coinvolgimento dei soggetti interessati e nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi”. Per tutto questo è stabilita la creazione di un fondo per l’assistenza e il sostegno ai disabili privi dell’aiuto della famiglia e agevolazioni per privati, enti e associazioni che decidono di stanziare risorse a loro tutela. Sgravi fiscali, esenzioni e incentivi per la stipula di polizze assicurative, trust e su trasferimenti di beni e diritti post-mortem. Il Fondo è compartecipato da regioni, enti locali e organismi del terzo settore e ha una dotazione triennale di 90 milioni per il 2016, 38,3 milioni per il 2017 e 56,1 milioni dal 2018.

Il 7 luglio altra novità **all’Agenas: Luca Coletto è il nuovo presidente.** “Il lavoro svolto in questi anni da assessore, il continuo confronto con i colleghi di tutte le Regioni, la profonda conoscenza

“ A luglio, con un'intesa Stato-Regioni, prende il via il nuovo Patto per la sanità digitale “La promozione dell'innovazione digitale deve essere culturalmente condivisa come opportunità in un sistema che registra una riduzione e una società che ha nell'invecchiamento, nella fragilità e nelle aspettative di vita con patologie croniche un elemento indiscutibile”. Così nel documento approvato viene spiegata la finalità del provvedimento. Il monitoraggio delle iniziative sarà affidato alla Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario



della sanità italiana e dei compiti istituzionali di Agenas fanno di Luca Coletto l'uomo giusto per le sfide che ci attendono”, ha commentato il neodirettore generale di Agenas Francesco Bevere. A luglio, con un'intesa Stato-Regioni, prende il via il nuovo **Patto per la sanità digitale** “La promozione dell'innovazione digitale deve essere culturalmente condivisa come opportunità in un sistema che registra una riduzione e una società che ha nell'invecchiamento, nella fragilità e nelle aspettative di vita con patologie croniche un elemento indiscutibile”. Così nel documento approvato viene spiegata la finalità del provvedimento. Il monitoraggio delle iniziative sarà affidato alla Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario.

E a luglio 2016 arrivano anche i nuovi Lea, che incasseranno l'intesa delle Regioni il 7 settembre, il cui Dpcm però sarà approvato definitivamente e pubblicato solo nei primi mesi del 2017.

Con i nuovi Lea è anche abrogato il decreto appropriatezza e le prestazioni per cui ci saranno condizioni di erogabilità scendono a circa 40 (riguarderanno per ora alcune radioterapie, i test genetici e poco altro mentre non ci sono più per

esempio per le risonanze del ginocchio) mentre per le altre vi saranno delle indicazioni prescrittive. Nei Lea si prevedono altre intese Stato-Regioni per modificare indicazioni di erogabilità di altre prestazioni. Il Decreto specifica che “le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”.

I nuovi Lea prevedono tra l'altro anche prestazioni in più e tagli alle “vecchie” e ticket per 8,7 milioni. Nomenclatore protesico, fecondazione assistita eterologa e omologa, nuovi vaccini (come l'anti Pneumococco, l'anti meningococco e l'anti varicella, ed estende quello per il papillomavirus anche agli adolescenti maschi), screening alla nascita, esenzione dal ticket per chi soffre di endometriosi. Novità anche per la Pma con l'eterologa che entra a pieno titolo nelle prestazioni del Ssn.



E non solo, la celiachia passa invece dall'elenco delle malattie rare a quelle croniche.

E poi esenzioni per ulteriori 118 malattie rare e revisione dell'elenco delle malattie croniche con l'aggiunta di 6 patologie tra cui la broncopneumopatia. Novità sul anche trattamento dell'autismo e sull'appropriatezza prescrittiva. Previsti anche i trattamenti contro la ludopatia, le cure per l'adroterapia per la cura dei tumori e la terapia del dolore con l'ingresso dell'epidurale. Ci sarà una “soglia” per il cesareo. E poi entrano nuovi ausili protesici compresi quelli per la comunicazione dei malati di Sla.

Il 4 agosto è pubblicato il Dlgs n. 171 “Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di **dirigenza sanitaria**”, che sarà aggiornato in seguito all'entrata in vigore del dlgs 26 luglio 2017 n. 126 prevedendo, in base **alla sentenza della Consulta**, che il sistema delle Conferenze - Stato Regioni e Unificata - non sarà più solo sentito, ma dovrà esprimere la sua intesa nel rispetto del principio di “leale collaborazione”. E proprio nel rispetto di questo e dietro richiesta delle Regioni, cambiano alcuni parametri per la selezione della dirigenza delle aziende sanitarie. Il decreto 2016, resterà comunque in vigore per tutte le parti non corrette, istituisce presso il ministero della Salute un elenco nazionale di quanti hanno i requisiti per la nomina di direttore generale delle aziende sanitarie.

Arriva anche il **Piano nazionale cronicità** che prevede una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche. E poi una continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia e l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare. E ancora, potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di “tecnassistenza” senza dimenticare lo sviluppo di modelli assistenziali centrati sui bisogni “globali” del paziente e non solo clinici.

Il documento, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela del crescente numero di pazienti affetti

“ Arriva anche il Piano nazionale cronicità che prevede una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche

SPECIALE
FINE
LEGISLATURA

da malattie croniche.

La **legge 160/2016 del 7 agosto** "Misure finanziarie urgenti per gli enti territoriali e il territorio" prevede tra le altre misure nuove disposizioni in materia di **indennizzo a favore delle persone affette dalla sindrome da talidomide**, con l'estensione anche per i nati negli anni 1958 e 1966 (dal '59 al '65 la legge riconosce già l'indennizzo), nonché per i soggetti nati al di fuori di questo arco temporale che presentino malformazioni compatibili con la sindrome citata, in presenza di nesso causale tra l'assunzione del farmaco e le suddette malformazioni.

Obiettivo della diposizione è anche quello di dare tempi certi per l'approvazione del decreto di riparto delle risorse per il Ssn e permettere in tal modo alle Regioni di programmare in maniera efficiente i servizi sanitari nonché rispettare la regolarità nei pagamenti dei debiti degli enti del Ssn.

Infatti dal 2017 il riparto dovrà essere adottato in via definitiva entro il 30 settembre dell'anno di riferimento. E' previsto anche che **l'Aifa pubblici gli importi dovuti a titolo di ripiano per gli anni 2013, 2014 e 2015 da parte delle aziende Farmaceutiche e queste dovranno corrispondere provvisoriamente al Fondo specifico** presso il Mef la quota di ripiano nella misura del 90% e per l'anno 2015 dell'80% dell'importo, salvo successivo conguaglio. Previsto l'obbligo per l'Aifa di concludere entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione le negoziazioni, ancora pendenti al 31 dicembre 2015, per la determinazione dei prezzi dei farmaci rimborsati dal Ssn.

La legge **167/2016 del 19 agosto** "consente di fare un ulteriore passo avanti in quanto prevede l'inserimento dello SNE nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza così da poterlo garantire a tutti i nuovi nati" prevede l'inserimento dello SNE (**screening neonatale**) nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza così da poterlo garantire a tutti i nuovi nati. A novembre **Mario Melazzini è il nuovo direttore dell'Aifa**, agenzia italiana del farmaco. Per quanto ampiamente annunciata, la nomina proposta dal ministro alla Salute Beatrice Lorenzin è rimasta sospesa per settimane, in attesa di un via libera dal governo. Adesso comunque anche le Regioni hanno espresso parere favorevole all'incarico (la loro presa di posizione non è comunque vincolante) e Melazzini succede ufficialmente a Luca Pani. Arriva con il **decreto della Salute 7 dicembre** il "Regolamento recante **modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera**" che prevede il supporto ai processi di programmazione gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, di perseguire le finalità relative ai trattamenti effettuati a fini statistici dai soggetti che fanno parte del Sistan e ai



trattamenti per scopi scientifici. E ancora, di consentire una rilevazione sistematica dei dati a scopi epidemiologici. La **nuova legge di Bilancio 2017** (legge 11 dicembre 2016 n. 232 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019") ha determinato i finanziamenti destinati al mondo della Salute per il prossimo anno, compresi quelli per i farmaci innovativi e la ricerca. Ma, in diversi ambiti, l'ultima parola toccherà alla Conferenza Stato-Regioni, che dovrà decidere come ripartire le risorse, per contribuire a rendere operativo il Fascicolo Sanitario Elettronico, far partire i nuovi piani vaccinali e non solo.

La **legge ha revisionato parzialmente la governance farmaceutica**: la percentuale di incidenza della spesa farmaceutica sul Fondo sanitario nazionale è rimasta al 14,85 per cento, ma sono cambiate le percentuali delle sue componenti. Più precisamente, a decorrere dal 2017, è stato rideterminato in aumento il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, che passa dal 3,5% al 6,89% (al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, da cui la nuova denominazione "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti"). Conseguentemente, è stato rideterminato in diminuzione il tetto della spesa farmaceutica territoriale (ridenominata

"tetto della spesa farmaceutica convenzionata") nella misura del 7,96% (precedentemente 11,35%). **A valere sul Fondo sanitario nazionale, sono stati istituiti due Fondi, con una dotazione di 500 milioni ciascuno, dedicati rispettivamente ai medicinali innovativi e agli oncologici innovativi.** Si è inoltre stabilito che la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (spesa farmaceutica ospedaliera) per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi.

La legge dedica almeno cinquanta commi alla Sanità, senza considerare le determinazioni Aifa, i decreti ministeriali e le intese necessarie in Conferenza Stato-Regioni, che dovranno essere prese nei prossimi mesi. Sul personale un comma è dedicato alle risorse per i rinnovi contrattuali: si tratta di 300 milioni da ripartire tra personale dipendente e personale convenzionato grazie a un Dpcm.

A fine 2016 poi, il 4 dicembre, ecco **il terzo referendum costituzionale nella storia della Repubblica Italiana**. La maggioranza dei votanti (il 59% del 65% degli elettori che hanno votato) ha respinto respinto il testo di legge costituzionale della cosiddetta riforma Renzi-Boschi, approvato in via definitiva dalla Camera il 12 aprile 2016 che modificava la parte seconda della Costituzione. La proposta di riforma era stata approvata dal Parlamento con una maggioranza inferiore ai due terzi dei componenti di ciascuna camera: di conseguenza, come prescritto dall'articolo 138 della Costituzione, il provvedimento non era stato direttamente promulgato proprio per dare la possi-



MARIO MELAZZINI

DA NOVEMBRE È IL NUOVO DIRETTORE DELL'AIFA

spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, da cui la nuova denominazione "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti"). Conseguentemente, è stato rideterminato in diminuzione il tetto della spesa farmaceutica territoriale (ridenominata

2017



L'ANNO SI APRE con la pubblicazione del Dpcm 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Subito dopo (19 gennaio) ecco l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019" che dopo anni rinnova l'offerta vaccinale pubblica e le novità sono molte a partire dalla gratuita di tutte le vaccinazioni offerte dal Ssn che saranno anche esonerate dal ticket. Il nuovo Piano, oltre alle vecchie vaccinazioni (contro difterite, tetano, polio, epatite B, Hib, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze undicenni e influenza nei soggetti di età ≥65 anni) introduce le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e antivaccinia nei nuovi nati, estende la vaccinazione anti-HPV ai maschi undicenni, introduce la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACWY135 e il richiamo antipolio con IPV negli adolescenti; prevede le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-Zoster nei sessantacinquenni. Tutti i vaccini contenuti nel nuovo Calendario del PNPV sono stati inseriti nel Dpcm di definizione dei nuovi Lea.

Arriva il 27 febbraio la legge 19 "Proroga e definizione di termini". Nel milleproroghe 2017, tra le altre nome anche sanitarie, ci sono le proroghe di un anno per la revisione della governance farmaceutica al 31 dicembre 2017, di un anno della revisione del sistema di remunerazione di grossisti e farmacisti al 1 gennaio 2018, di un anno per il calcolo del fabbisogno e per l'effettuazione dei concorsi per il personale del Ssn a fronte dell'entrata in vigore dell'orario di lavoro europeo e proroga stipula nuovi contratti flessibili. In particolare slittano di 12 mesi le scadenze previste per indire le procedure concorsuali (31 dicembre 2017) e concluderle (31 dicembre 2018) e la possibilità di contrarre nuovi contratti flessibili nel Ssn (fino al 31 ottobre 2017).

Ed ecco la legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", la legge Gelli sulla responsabilità sanitaria.

L'obiettivo della legge è di rispondere principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicu-

“

Ed ecco la legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", la legge Gelli sulla responsabilità sanitaria.

razioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

Con il nuovo provvedimento cambia la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, si regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management), si prevede l'obbligo per le direzioni sanitarie delle strutture di fornire la documentazione sanitaria dei pazienti che ne faranno richiesta entro 7 giorni, e si affidano le linee guida non più solo le Società scientifiche, ma anche enti e istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

Il Dlgs 75 del 25 maggio "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli artt. 16, commi 1, lett. a), e 2, lett. b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lett. a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" è l'attuazione della riforma Madia per il pubblico impiego. Diverse novità per la sanità: dal "Polo Unico" della medicina fiscale, che dà competenza esclusiva all'Inps del controllo dello stato di salute di tutti i lavoratori in malattia, all'istituzione della Consulta Nazionale per l'integrazione in ambiente di lavoro delle persone con disabilità, fino alla stabilizzazione dei precari. Per il personale Ssn proroga di un altro anno in più per i concorsi straordinari previsti dalla stabilità 2016. Salario accessorio non potrà superare l'ammontare del 2016. Ma il provvedimento più importante per il personale, riferito sempre a questo Dlgs, è la circolare di novembre del ministro Madia con cui si dà lo stop al precariato e si chiarisce che per il personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del Ssn restano comunque in vigore anche le norme della finanziaria 2016 che ha previsto i contratti di assunzione straordinaria la cui efficacia è prorogata al 31 dicembre 2019.

Via libera anche a nuovi concorsi, ma le amministrazioni devono essere in grado di sostenere a regime la relativa spesa di personale e prevedere nei propri bilanci la contestuale e definitiva riduzione del valore di spesa utilizzato per le assunzioni a tempo indeterminato dal tetto previsto all'articolo 9, comma 28. Le stesse risorse dovranno coprire anche il trattamento economico accessorio "e conseguentemente, solo ove necessario, andranno ad integrare i relativi fondi ol-

bilità di richiedere un referendum confermativo entro i successivi tre mesi, facoltà esercitata nello stesso mese di aprile 2016. si prefiggeva "il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione".

Il provvedimento prevedeva in particolare una riforma del Senato della Repubblica, la cui principale funzione sarebbe divenuta quella di rappresentanza delle istituzioni territoriali, concorrendo con l'altra camera all'attività legislativa solo in determinate materie (tra cui quella elettorale e l'attuazione di normative e politiche dell'Unione europea). Il numero dei senatori sarebbe stato ridotto a 100 membri, i quali - eccetto quelli nominati dal Presidente della Repubblica - sarebbero stati designati dai Consigli regionali fra i loro stessi componenti e fra i sindaci dei propri territori. La Camera dei deputati sarebbe rimasta quindi l'unico organo a esercitare la funzione di indirizzo politico e di controllo sull'operato del Governo, verso il quale sarebbe restata titolare del rapporto di fiducia. La riforma contemplava anche l'abolizione delle province e del Cnel, oltre a sopprimere l'elenco delle materie di legislazione concorrente fra Stato e Regioni; erano previste inoltre modifiche in tema di referendum popolari, procedimento legislativo, uso della decretazione d'urgenza, elezione del Presidente della Repubblica e nomina dei giudici della Corte costituzionale.



FEDERICO GELLI

MARZO 2017: LEGGE GELLI SULLA RESPONSABILITÀ SANITARIA



**SPECIALE
FINE
LEGISLATURA**



A ottobre la Stato-Regioni dà il via libera al Piano nazionale Aids. Parole d'ordine sono, lotta allo stigma, più informazione e comunicazione e revisione della legge 135 per un migliore utilizzo delle risorse economiche

tre il limite previsto dall'articolo 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017".

Altro **Dlgs approvato il 25 maggio è il 74**, che modifica il Dlgs 150/2009 con l'obiettivo del decreto è ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e garantire l'efficienza e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni: sono introdotti meccanismi di **riconoscimento del merito e della premialità**, norme per la razionalizzazione e integrazione dei sistemi di valutazione, la riduzione degli adempimenti in materia di programmazione e di coordinamento della disciplina in materia di valutazione e controlli interni.

Il 31 luglio approda in Gazzetta la **legge 31 luglio 2017, n. 119 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci"** che aumenta le vaccinazioni obbligatorie. Il certificato vaccinale sarà indispensabile per l'iscrizione agli asili nido.

Obbligo vaccinale fino a 16 anni ma in questo caso l'iscrizione a scuola è comunque garantita. A pagare la mancata vaccinazione saranno i genitori con sanzioni fino a 500 euro. Nel testo è stato poi reso esplicito che questa obbligatorietà riguarderà anche i minori stranieri non accompagnati, come già evidenziato da tempo dalla circolare attuativa elaborata dal Ministero della Salute. Inoltre, a queste 10 vaccinazioni se ne sono aggiunte 4 "consigliate" e che verranno offerte in maniera attiva e gratuita: anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica e anti-rotavirus.

La **legge 124 del 4 agosto, "Legge annuale per il mercato e la concorrenza"**, prevede tra l'altro sulle assicurazioni per quanto riguarda la responsabilità civile derivante da attività professionale, che nelle condizioni generali delle polizze sia inserita l'offerta di un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti dovuti alla responsabilità che si è verificata nel periodo di operatività della copertura. Sulle professioni regolamentate è previsto in tema di compenso per le prestazioni professionali, che alcune informazioni siano rese dai professionisti in forma scritta (anche eventualmente in forma digitale) e si obbligano i professionisti iscritti a ordini e collegi a indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni, per assicurare la

trasparenza delle informazioni nei confronti dell'utenza.

Si prevede anche che i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture assimilabili possano essere forniti, dai produttori e dai grossisti, anche alle farmacie che potranno distribuirli, in via esclusiva, alle strutture autorizzate ad impiegarli o agli enti da cui queste dipendono (centri ospedalieri e strutture di ricovero a carattere privato). Nuove regole sulla disciplina sulla vendita delle scorte di medicinali per i quali siano intervenute modificazioni del foglietto illustrativo. Attualmente Aifa può autorizzare la vendita al pubblico delle scorte, subordinandola alla consegna al cliente, a cura del farmacista, di un foglietto sostitutivo conforme a quello nuovo.

Con la nuova previsione invece, nel caso dell'autorizzazione da parte di Aifa, il cittadino ha diritto di scegliere tra il ritiro del nuovo foglietto in formato analogico (cioè, cartaceo) e la ricezione con metodi digitali, senza che da ciò derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Infine, le farmacie potranno essere aperte anche oltre gli orari e i turni stabiliti, che rappresentano, secondo la nuova norma, il livello minimo di servizio da assicurare. La facoltà di apertura al di fuori di questo ambito è subordinata alla preventiva comunicazione all'autorità sanitaria competente all'ordine provinciale dei farmacisti e all'informazione alla clientela, attraverso cartelli affissi all'esterno dell'esercizio. A settembre nasce con un'intesa Stato-Regioni la **Rete nazionale tumori rari**. La nuova rete sarà Coordinata da Agenas, INT di Milano, Città della Salute di Torino ed Ematologia della Sapienza di Roma. Obiettivo quello di migliorare le performance in oncologia mediante la promozione di una relazione strutturata di varie istituzioni com-

plementari, che rendono disponibili le risorse tecnico professionali e diagnostico-terapeutiche e la condivisione delle migliori conoscenze. I finanziamenti da risorse vincolate ad hoc. L'adesione pluristituzionale alla rete e l'individuazione di un unico sistema di coordinamento per la RNTR consentono un più ampio governo dell'appropriatezza e una efficace razionalizzazione degli investimenti. Inoltre, grazie a casistiche di più vasta portata, può facilitare l'adesione a sperimentazioni sia accademiche che sponsorizzate.

A ottobre sempre la Stato-Regioni dà il via libera al **Piano nazionale Aids**. Parole d'ordine sono, lotta allo stigma, più informazione e comunicazione e revisione della legge 135 per un migliore utilizzo delle risorse economiche. Gli interventi previsti sottolineano la necessità di delineare e realizzare progetti per modelli di intervento che riducano il numero delle nuove infezioni, facilitino l'accesso al test e l'emersione del sommerso, garantiscano a tutti l'accesso alle cure, migliorino lo stato di salute e benessere delle persone PLWHA (People Living With HIV/AIDS) e tutelino i diritti sociali e lavorativi delle persone che vivono con l'Hiv-Aids (PLWHA), lottando contro lo stigma e promuovendo l'empowerment e il coinvolgimento attivo delle popolazione chiave.

L'anno si chiude in volata con l'approvazione di due leggi attese da tempo: il **biotestamento** e il **Ddl Lorenzin**.

La prima affronta i temi del consenso informato, disciplinandone modalità di espressione e di revoca, legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo, ambito e condizioni, e delle disposizioni anticipate di trattamento, con le quali il dichiarante enuncia, in linea di massima, i propri orientamenti sul "fine vita" nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere.

Per quanto riguarda i minori, il consenso dovrà essere espresso dai genitori o dal tutore o dall'amministratore di sostegno, tenuto conto della volontà della persona minore. Ogni persona maggiorenne, capace di intendere e volere, in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi potrà, attraverso Disposizioni anticipate di trattamento, esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari. Si potrà esprimere le proprie convinzioni sul consenso o rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e trattamenti sanitari, comprese anche le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali. Le Dat, saranno sempre revocabili. Risulteranno, invece, vincolanti per il medico e, in conseguenza di ciò, quest'ultimo sarà esente da responsabilità civile o penale.

La seconda era in commissione da più di due anni. La legge prevede la riforma degli Ordini professionali della sanità, sperimentazioni cliniche, medicina di genere, lotta all'abusivismo, dirigenti del ministero della Salute.

Infine la **legge di Bilancio 2018**. Per la sanità questa volta c'è solo il payback sui farmaci, il monitoraggio medicinali innovativi e le fatture elettroniche per beni e servizi. Per contratti e convenzioni del Ssn niente fondi ad hoc come si attendevano i sindacati e l'Aran seduti già al tavolo di trattativa.

LA LEGGE LORENZIN APPROVATA NEGLI ULTIMI GIORNI DELLA LEGISLATURA

Arriva la Medicina di Genere

La legge presentata dal ministro della Salute nel luglio del 2013 è stata approvata sul filo del rasoio lo scorso 22 dicembre. Una settimana prima dello scioglimento delle Camere. Un testo monibus che passa dalla sperimentazione clinica al riordino degli Ordini professionali. Ma la vera novità è la medicina di genere che entrerà a pieno titolo nella prassi del Ssn.

IL DDL LORENZIN, presentato dal ministro della Salute nel luglio 2013, dopo tante traversie e un iter parlamentare durato tutta la legislatura, è legge. Il Senato ha infatti approvato i 18 articoli del provvedimento lo scorso 22 dicembre a una settimana esatta dallo scioglimento delle Camere. Molte le misure introdotte con la nuova legge: dalle nuove norme per la sperimentazione clinica al riordino degli Ordini professionali delle professioni sanitarie.

Ma certamente una delle novità assolute della legge è l'articolo 3 che per la prima volta introduce in Italia norme specifiche per regolamentare la medicina di genere.

La legge dispone infatti la predisposizione di un **piano nazionale volto alla diffusione della medicina attenta alle differenze per sesso e genere**. Il Piano, che dovrà essere **emanato, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame**, con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni, e avvalendosi del Centro nazionale di riferimento della medicina di genere dell'Iss, dovrà tener conto dei seguenti principi:

- a) previsione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e le scienze umane che tenga conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura;
- b) promozione e sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere;

- c) promozione e sostegno dell'insegnamento della medicina di genere, garantendo adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario;

- d) promozione e sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere.

Ma non basta, il Ministro della salute è delegato poi ad emanare apposite raccomandazioni destinate agli Ordini e ai Collegi delle professioni sanitarie, alle società scientifiche e alle associazioni di operatori sanitari non iscritti a Ordini o Collegi, volte a promuovere l'applicazione della medicina di genere su tutto il territorio nazionale.

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, è inoltre predisposto un Piano formativo nazionale per la medicina di genere, volto a garantire la conoscenza e l'applicazione dell'orientamento alle differenze di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura.

A tal fine, sono promossi specifici studi presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie nonché nell'ambito dei piani formativi delle aziende sanitarie con requisiti per l'accreditamento nell'educazione continua in medicina.



Una sintesi delle altre norme articolo per articolo

IL CAPO I (artt. da 1 a 3) è dedicato alla "Sperimentazione clinica dei medicinali"

L'articolo 1 reca una delega al Governo per la revisione della disciplina in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, uno o più decreti legislativi per il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di **sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, introducendo** uno specifico riferimento alla **medicina di genere** e all'**età pediatrica**.

Tra i **principi ed i criteri direttivi** previsti per l'esercizio della delega, che, nel prevedere il riordino ed il coordinamento delle disposizioni vigenti, **fanno esplicitamente salvi** (comma 2, lettera a) il rispetto delle norme dell'Unione europea - tra cui la futura disciplina in materia, posta dal regolamento (UE) n. 536/2014, delle convenzioni internazionali, nonché, il rispetto degli *standard* internazionali per l'etica nella ricerca medica sugli esseri umani, in conformità a quanto pre-

visto dalla Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione medica mondiale del 1964, e sue successive revisioni, vanno ricordati:

- l'individuazione dei **requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla fase I alla fase IV, con particolare attenzione, nella fase IV, al coinvolgimento delle associazioni dei rappresentanti dei pazienti nella definizione dei protocolli di ricerca, soprattutto per le malattie rare;**
- l'individuazione delle **modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I, sia su pazienti che su volontari sani, da condurre con un approccio metodologico di medicina di genere, prevedendo anche la definizione, attraverso un decreto del Ministro della salute, dei requisiti minimi per i medesimi centri** anche al fine di una loro più omogenea presenza sul territorio nazionale, in conformità al regolamento (UE) n. 536/2014;
- la **semplificazione degli adempimenti meramente formali in materia di: modalità di presentazione della domanda per il parere del comitato etico e di conduzione e di valutazione degli studi clinici;**
- la **semplificazione delle procedure per l'utilizzo a scopi di ricerca clinica di materiale biologico o clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche** o a qualunque altro titolo detenuto, avendo ottenuto previamente il consenso informato del paziente sull'uso del materiale biologico che lo riguarda direttamente;
- la definizione delle **procedure di valutazione e di autorizzazione di una sperimentazione clinica, garantendo il coinvolgimento delle associazioni di pazienti, soprattutto nel caso delle malattie rare;**
- l'applicazione dei **sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche;**
- l'**individuazione - nell'ambito degli ordinamenti didattici - di specifici percorsi formativi in materia di metodologia della ricerca clinica, conduzione e gestione degli studi clinici e sperimentazione dei farmaci;**
- la riformulazione dell'apparato sanzionatorio;
- la revisione della normativa relativa agli studi clinici senza scopo di lucro e agli studi osservazionali, al fine di migliorare la pratica clinica e di acquisire informazioni rilevanti a seguito dell'immissione in commercio dei medicinali.



L'ARTICOLO 2 (Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali)

È stato inserito nel corso dell'esame in sede referente, con la finalità di individuare con certezza i comitati etici territoriali (fino ad un massimo di 40), a cui sono stati affiancati comitati etici a valenza nazionale (nel numero massimo di tre), di cui uno dedicato alla sperimentazione in ambito pediatrico. L'attività dei comitati etici territoriali (di valutazione degli aspetti etici relativi alle sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano) sarà coordinata, monitorata ed indirizzata dal Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici (di seguito denominato "Centro di coordinamento") istituito presso l'Aifa.

L'ARTICOLO 4 opera una revisione della disciplina delle professioni sanitarie

In parte **novellando il decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 13 settembre 1946**, ai Capi I, II e III, concernenti gli ordini delle professioni sanitarie, gli albi nazionali e le federazioni nazionali, e in parte introducendo nuove disposizioni relative agli ordini e alle federazioni.

Come prima innovazione rispetto alla normativa vigente istituita degli Ordini **il ddl prevede una nuova definizione degli Ordini** che vengono definiti come "enti pubblici non economici", che "agiscono quali organi sussidiari (*superando così la*



tradizionale definizione di "enti ausiliari" utilizzata di norma finora ndr.) dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale". E questa è solo una delle definizioni specifiche **sulla natura giuridica degli Ordini sanitari** che ora vengono messe nero su bianco entrando nel merito della loro natura economica e patrimoniale, del loro ruolo e delle loro funzioni. In particolare, la nuova disciplina prevede, come prima accennato, **un ammodernamento degli ordini delle professioni sanitarie**, adeguando la normativa di riferimento agli ordini vigilati dal Ministero della salute con riferimento al loro funzionamento interno e mutando la denominazione di collegio in ordine. Infatti con la novella di cui al comma 1, innanzitutto, si richiamano gli ordini esistenti dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti aggiungendo poi, rispetto alla normativa vigente, **gli ordini dei biologi e delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione** (v. comma 9, articolo 3).

A questi ordini - insieme ai quali è altresì richiamato **il nuovo ordine dei fisici e dei chimici** - si applicano, in base al rinvio effettuato dal comma 12, le disposizioni del sopra citato D.Lgs. CPS 233/1946. Al riguardo si sottolinea che **la disciplina dell'ordine dei biologi** è inserita dall'articolo 9 nell'ambito delle professioni sanitarie, cui si aggiunge, a norma del medesimo articolo, **la professione di psicologo** per la quale, tuttavia, rimane ferma l'attuale normativa in materia di organizzazione, con alcune modifiche (v. articolo 9). Gli ordini sopra richiamati al comma 1 del capoverso articolo 1 novellato, sono costituiti a livello territoriale: durante l'esame al Senato si è sostituito il termine di provincia con circoscrizioni geografiche corrispondenti alle province esistenti alla data del 31 dicembre 2012.

Rispetto alla normativa vigente, si mantiene la possibilità, in caso di esiguità del numero dei professionisti residenti nella circoscrizione territoriale - in relazione al numero degli iscritti a livello nazionale -, ovvero qualora sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale e demografico, che un ordine abbia per competenza territoriale due o più circoscrizioni geografiche confinanti, ovvero una o più regioni ad opera del Ministero della salute (superando in tal modo il riferimento, ormai datato, all'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica), sentite le rispettive Federazioni nazionali e d'intesa con gli Ordini interessati.

Viene anche disposto che per l'esercizio di funzioni di particolare rilevanza, il Ministero della salute, d'intesa con le rispettive Federazioni nazionali e d'intesa con gli ordini interessati, può disporre il ricorso a forma di avvalimento o associazione tra i medesimi.

“Viene previsto che nel caso in cui il numero degli iscritti a un albo sia superiore a 50mila unità, il rappresentante legale dell'albo può richiedere al Ministero della salute l'istituzione di un nuovo Ordine

LA LEGGE LORENZIN



Infine, viene previsto che nel caso in cui il numero degli iscritti a un albo sia superiore a 50mila unità, il rappresentante legale dell'albo può richiedere al Ministero della salute l'istituzione di un nuovo Ordine che assuma la denominazione corrispondente alla professione sanitaria svolta; la costituzione del nuovo Ordine avviene secondo modalità e termini stabiliti con decreto del Ministro della salute, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.



L'ARTICOLO 5, istituisce l'area delle professioni sociosanitarie

Individua il percorso procedurale necessario per l'individuazione di nuovi profili professionali. Nell'area professionale vengono poi ricompresi i preesistenti profili professionali di operatore sociosanitario e le professioni di assistente sociale, di sociologo e di educatore professionale.

L'ARTICOLO 6 (Modifica alla legge 1° febbraio 2006, n. 43 - Individuazione e istituzione di nuove professioni sanitarie)

Inserito nel corso dell'esame in sede referente, **disciplina la procedura relativa all'individuazione e all'istituzione di nuove professioni sanitarie**. L'intervento legislativo è attuato sostituendo l'articolo 5 della legge 43/2006 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*, la cui rubrica viene modificata in "Individuazione e istituzione di nuove professioni in ambito sanitario" (precedentemente ci si riferiva soltanto a "Individuazione").

Come precedentemente previsto, l'individuazione di nuove professioni sanitarie, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute e il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali. Innovando rispetto a quanto attualmente previsto, l'individuazione potrà avvenire anche su iniziativa delle associazioni professionali rappresentative di coloro che intendono ottenere tale riconoscimento che, a tal fine, dovranno inviare istanza motivata al Ministero della salute, il quale, entro i successivi sei mesi, dovrà pronunciarsi. In caso di valutazione positiva, il Ministero dovrà attivare la procedura finalizzata all'istituzione della nuova professione sanitaria. L'istituzione di nuove professioni sanitarie è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legge 43/2006 e previo parere tecnico-scientifico del Consiglio superiore di sanità, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni ai sensi dell'art. 4 del D Lgs. 281/1997, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

Gli accordi istitutivi di nuove professioni sanitarie dovranno individuare:

- il titolo professionale;
- l'ambito di attività di ciascuna professione;
- i criteri di valutazione dell'esperienza professionale;



“L'istituzione di nuove professioni sanitarie è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legge 43/2006 e previo parere tecnico-scientifico del Consiglio superiore di sanità

- i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti.

L'ordinamento didattico della formazione universitaria delle nuove professioni sanitarie così individuate è definito con decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità.

La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse (comma 4).

L'ARTICOLO 7, individua, nell'ambito delle professioni sanitarie, le professioni dell'osteopata e del chiropratico

Per l'istituzione delle quali si applica la procedura di cui all'art. 5, comma 2, della legge 43/2006, come modificato dal provvedimento in esame. Conseguentemente, con **accordo stipulato in sede di Conferenza Stato-regioni**, da adottare **entro tre mesi** dall'entrata in vigore del provvedimento in esame, sono stabiliti: l'ambito di attività e le funzioni caratterizzanti le professioni dell'osteopata e del chiropratico, i criteri di valutazione dell'esperienza professionale nonché i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti. Un successivo **decreto** del Ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da adottare **entro sei mesi** dall'entrata in vigore del provvedimento in esame, acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, dovrà definire l'ordinamento didattico della formazione universitaria in osteopatia e in chiropratica nonché gli eventuali percorsi formativi integrativi.

L'ARTICOLO 8 trasforma il Consiglio Nazionale dei Chimici (Cnc) nella Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici.

Poiché agli ordini si applicano le disposizioni relative alle professioni sanitarie, la Federazione è posta sotto l'alta vigilanza del Ministero della salute.

L'ARTICOLO 9 inserisce le professioni di biologo e di psicologo nell'ambito delle professioni sanitarie

Riguardo alle norme organizzative, all'ordine dei biologi si estende la disciplina di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come novellato dal provvedimento in esame. Per l'ordine degli psicologi resta ferma un'autonoma disciplina organizzativa, come modificata dalle novelle di cui al comma 5. L'articolo prevede, inoltre, il trasferimento di alcune competenze, relative ai due ordini summenzionati, dal Ministro (e Ministero) della giustizia al Ministro (e Ministero) della salute.

L'ARTICOLO 10 prevede l'istituzione, presso l'ordine degli ingegneri, dell'elenco nazionale certificato degli ingegneri biomedici e clinici

Demandando ad un regolamento interministeriale la definizione dei requisiti per l'iscrizione, su base volontaria.

L'ARTICOLO 11, apporta alcune modifiche alla legge n. 24/2017:

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le pro-



fessioni sanitarie. Più in particolare la disposizione, interviene, in primo luogo, sul comma 5 dell'articolo 9, riguardante l'azione di responsabilità amministrativa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in caso di dolo o colpa grave di quest'ultimo, successivamente all'avvenuto risarcimento (sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale) ed entro un anno dall'avvenuto pagamento.

L'articolo in esame prevede quindi, in primo luogo, che l'importo della condanna per responsabilità amministrativa non possa superare una somma pari al triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

Inoltre, intervenendo sul comma 6 del citato articolo 9, relativo all'azione di rivalsa, prevede che la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, non possono superare una somma pari al triplo del valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno, immediatamente precedente o successivo.

Vengono aggiunti due nuovi commi (7-bis e 7-ter) all'articolo 14 della legge citata, relativo al Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il nuovo comma 7-bis dell'articolo 14 della legge n. 24/2017 prevede che il citato Fondo assolva anche alla funzione di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa da parte degli esercenti le professioni sanitarie che svolgono la propria attività in regime libero-professionale. Il nuovo comma 7-ter abroga i commi 2 e 4 dell'articolo 3 del decreto-legge n. 158/2012 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di

tutela della salute), convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189/2012, che prevedevano e disciplinavano l'emanazione di un D.P.R. finalizzato ad agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, che disciplinasse procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti. Disposizioni ormai superate dalla nuova disciplina di cui alla legge n. 24/2017. In Aula sono stati infine aggiunti altri due commi, il oa) ed il b-bis, con i quali vengono rispettivamente cancellato il richiamo al Comitato tecnico scientifico per il Sistema nazionale linee guida (Snlg), previsto da una norma del decreto Sirchia del 2004, ma mai istituito; e viene esteso da 10 a 40 giorni il limite temporale entro cui le strutture sanitarie e le compagnie di assicurazione devono comunicare all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato.

L'ARTICOLO 12, incide sulla disciplina del reato di esercizio abusivo di una professione nonché sulle circostanze aggravanti di altre fattispecie di reato commesse nell'esercizio abusivo di una professione o di un'arte sanitaria

Il comma 1 sostituisce l'articolo 348 del codice penale, riguardante l'esercizio abusivo di una professione. Vengono aumentate le sanzioni attualmente previste. Più in particolare viene comminata la reclusione da sei mesi a tre anni e la multa da 10.000 a 50.000 euro.

Vengono inoltre inserite due nuove previsioni. Con la prima si dispone che la condanna comporti la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato nonché la trasmissione, nel caso in cui il soggetto che ha commesso il reato eserciti regolarmente una professione o un'attività, al competente Ordine, Albo o Registro per l'interdizione da 1 a 3 anni dalla professione o attività regolarmente esercitata.

Con la seconda previsione si dispone un aumento di pena (reclusione da uno a cinque anni e multa da 15.000 a 75.000 euro) nei confronti del professionista che ha determinato altri a commettere il reato ovvero ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo.

Il comma 2 inserisce un nuovo comma dopo il comma terzo dell'articolo 589 codice penale (Omicidio colposo).

Il nuovo comma inserito prevede che la pena, se il fatto è commesso nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, è la reclusione da tre a dieci anni.

Il comma 3 inserisce un nuovo comma dopo il terzo comma dell'articolo 590 del codice pe-

nale (Lesioni personale colpose). Viene previsto che se i fatti di cui al secondo comma - Lesioni personali gravi o gravissime - sono commessi nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria la pena per lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni. Il comma 4 sostituisce il terzo comma dell'articolo 123 del testo unico delle leggi sanitarie di cui al Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

Il nuovo terzo comma del citato articolo 123 prevede che la detenzione di medicinali scaduti, guasti o imperfetti in farmacia è punita con la sanzione amministrativa da 1.500 euro a 3.000 euro, se risulta che per la modesta quantità di farmaci, le modalità di conservazione e l'ammontare complessivo delle riserve si può concretamente escludere la loro destinazione al commercio.

Il comma 5 sostituisce il primo comma dell'articolo 141 del citato testo unico delle leggi sanitarie, prevedendo che chiunque, non trovandosi in possesso della licenza necessaria per l'esercizio di un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie o dell'attestato di abilitazione richiesto dalla normativa vigente, esercita un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 2.500 a 7.500 euro.

Il comma 6 modifica il comma 2 dell'articolo 8 della legge n. 39/1989 (Modifiche ed integrazioni alla legge 21 marzo 1958, n. 253, concernente la disciplina della professione di mediatore).

Il citato articolo 8 prevede che chiunque esercita l'attività di mediazione senza essere iscritto nel ruolo è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma compresa fra euro 7.500 e euro 15.000 ed è tenuto alla restituzione alle parti contraenti delle provvigioni percepite. Per l'accertamento dell'infrazione, per la contestazione della medesima e per la riscossione delle somme dovute si applicano le disposizioni di cui alla legge 24 novembre 1981, n. 689.

A coloro che siano incorsi per tre volte nella sanzione di cui al comma 1, anche se vi sia stato pagamento con effetto liberatorio, si applicano le pene previste dall'art. 348 del codice penale, nonché l'art. 2231 del codice civile.

La condanna importa la pubblicazione della sentenza nelle forme di legge. La modifica prevista è quella di prevedere l'applicazione delle pene di cui all'articolo 348 del codice penale (Esercizio abusivo di una professione) o dell'articolo 2231 codice civile (Mancanza d'iscrizione) a coloro che siano già incorsi (invece che incorsi per tre volte) nella sanzione di cui al comma 1.

Infine il comma 7 inserisce l'art. 86-ter nelle disposizioni di attuazione del codice di procedura penale. La nuova disposizione, mutuata sul precedente art. 86-bis, che destina alle amministrazioni pubbliche i beni utilizzati per commettere delitti informatici, prevede il trasferimento al patrimonio del comune ove sono siti dei beni immobili confiscati perché utilizzati per commettere il delitto di esercizio abusivo di una professione sanitaria. Il comune dovrà destinare i beni immobili a finalità sociali e assistenziali.

L'ARTICOLO 13, estende al farmacista le pene previste per il reato di commercio di sostanze dopanti dall'art. 9 della legge n. 376 del 2000 (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping).

La disposizione aggiunge un comma 7-bis, all'articolo 9, e prevede l'applicabilità della pena della reclusione da 2 a 6 anni e della multa da 5.164 a 77.468 euro al farmacista che, senza prescrizione medica, dispensi farmaci e sostanze do-



ESERCIZIO ABUSIVO DI UNA PROFESSIONE:

Vengono aumentate le sanzioni attualmente previste. Più in particolare viene comminata la reclusione da sei mesi a tre anni e la multa da 10.000 a 50.000 euro

LA LEGGE LORENZIN



panti per finalità diverse da quelle proprie, o da quelle indicate nell'autorizzazione all'immissione in commercio.

L'ARTICOLO 14 qualifica come aggravante comune l'aver, nei delitti non colposi, commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche e private, ovvero strutture socio-educative.

In particolare, il disegno di legge modifica l'art. 61 del codice penale, che contiene un elenco di circostanze che, se conosciute dal giudice, possono determinare un aumento fino a un terzo della pena prevista per il reato. Inserendo il numero 11-sexies, si prevede che tutti i delitti non colposi possano essere aggravati quando il fatto è commesso in danno di persone ricoverate in ospedali o nelle strutture sopracitate.

L'ARTICOLO 15 detta disposizioni in materia di formazione medica specialistica e di formazione di medici extracomunitari.

Il comma 1 prevede la possibilità che ulteriori modalità attuative, anche negoziali, per l'inserimento dei medici in formazione specialistica all'interno delle strutture sanitarie che fanno parte della rete formativa di cui all'articolo 35 del D.Lgs. n. 368/1999 siano definite con accordo stipulato in sede di Conferenza Stato-regioni e province autonome, su proposta dei Ministri della salute e del MIUR, di concerto con il MEF, in conformità a quanto disposto dall'articolo 21, comma 2-ter, del decreto-legge n. 104/2013 (*Misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca*), convertito, con modificazioni, dalla legge n.

“ Il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, introducendo uno specifico riferimento alla medicina di genere e all'età pediatrica

128/2013. Il comma 2, inserito nel corso dell'esame referente, inserisce un nuovo articolo 39-ter, recante **disposizioni particolari per i medici extracomunitari**, nel decreto legislativo n. 286/1998 (*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*).

Viene previsto che i cittadini stranieri che siano in possesso della qualifica di medico acquisita in un Paese non appartenente all'Unione europea che intendano partecipare ad iniziative di formazione o di aggiornamento che comportano lo svolgimento di attività clinica presso aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico possono essere temporaneamente autorizzati, con decreto del Ministero della salute, allo svolgimento di attività di carattere sanitario nell'ambito di dette iniziative, in deroga alle norme sul riconoscimento dei titoli esteri. L'autorizzazione non può avere durata superiore a due anni. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, con il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale e con il Ministro dell'interno, sono definiti gli specifici requisiti di professionalità dei medici, le modalità e i criteri per lo svolgimento di dette iniziative nonché i requisiti per il rilascio del visto di ingresso.

Il comma 3, infine, pone la **clausola di salvaguardia finanziaria**, prevedendo che all'attuazione dei commi precedenti si provveda nei limiti delle risorse e secondo le procedure previste a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'ARTICOLO 16 è stato soppresso

Prevedeva la modifica dell'articolo 102 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934 permettendo l'attività all'interno delle farmacie di altri profes-

sionisti della salute, con l'esclusione di quelli abilitati alla prescrizione di farmaci e cioè medici e veterinari. La soppressione di questo articolo è stata vivacemente contestata dalla Fofi sottolineando perché in aperta contraddizione con quanto previsto dalla legge sulla farmacia dei servizi che prevede invece l'inserimento in farmacia di altri professionisti della salute come ad esempio infermieri e fisioterapisti.

È stato invece approvato l'inserimento dell'articolo 16 bis (Disposizioni in materia di concorso straordinario per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche) che fornisce una disposizione normativa di interpretazione autentica in grado di chiarire, **senza più alcun dubbio, che anche nell'ambito del concorso straordinario per l'assegnazione di sedi farmaceutiche dovranno valere i criteri di attribuzione dei punteggi maggiorati per l'attività svolta nelle farmacie rurali.**

L'ARTICOLO 17 modifica la disciplina vigente relativa al ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute

Da un lato, istituisce **un unico livello di detto ruolo** e, dall'altro, **estende ai dirigenti sanitari del Ministero gli istituti giuridici ed economici previsti per la dirigenza sanitaria del SSN**. La finalità della norma è di ridurre il divario esistente tra i trattamenti economici dei dirigenti delle professionalità sanitarie dipendenti da enti ed aziende del SSN (che godono di una significativa indennità in ragione dell'esclusività del rapporto di lavoro), e quelli del Ministero della salute, e permettere a quest'ultimo il reclutamento di risorse con qualificata professionalità sanitaria. Ciò a motivo di un'attesa riduzione, nel prossimo futuro, dell'offerta di medici e veterinari impiegati nel SSN, anche per i prossimi collocamenti a riposo stimati in base all'attuale distribuzione per età di tali dirigenti, in rapporto al numero annuo medio di laureati medici e veterinari. Più in dettaglio, la nuova disciplina, finalizzata ad assicurare un efficace assolvimento dei compiti primari di tutela della salute affidati al medesimo Ministero, prevede al comma 1, primo periodo, l'individuazione dei dirigenti dipendenti del Ministero della salute con professionalità sanitaria, vale a dire quelli di cui all'articolo 18, comma 8, del D.Lgs. n. 502/1992 (personale dirigente inquadrato nei profili professionali di medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo), e per coloro che sono stati successivamente inquadrati nelle corrispondenti qualifiche, per i quali, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, opera la collocazione in un unico livello del ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute. È prevista la clausola di invarianza finanziaria e, pertanto, tale unificazione del livello di dirigenza deve avvenire senza oneri per la finanza pubblica.

Il Capo IV (Disposizioni finali) si compone del solo articolo 18 che contiene una norma di chiusura volta a salvaguardare le competenze legislative delle regioni a statuto ordinario e quelle delle regioni a statuto speciale e delle province autonome

Prevede infatti che le regioni a statuto ordinario devono adeguare il proprio ordinamento alle disposizioni di principio derivanti dalla presente legge secondo quanto previsto dall'art. 117, terzo comma, della Costituzione (comma 1). Sono inoltre fatte salve le potestà legislative attribuite alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione (comma 2).

SPECIALE RAPPORTO ONDA
OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA



Per questa edizione, realizzata ancora una volta grazie al supporto di Farmindustria O.N.Da ha scelto un tema di particolare interesse per l'Osservatorio: l'invecchiamento. Argomento attuale, fortemente connotato al femminile e che vede l'Italia protagonista, risultando il secondo Paese più vecchio nel mondo, dopo il Giappone e il primo in Europa.



La salute della donna

La nuova longevità: una sfida al femminile

È ORMAI TRADIZIONE CONSOLIDATA di O.N.Da la realizzazione annuale di un volume dedicato alla salute della donna. Dal 2007 viene pubblicato, con ricorrenza biennale, grazie al supporto di Farmindustria, il Libro bianco per presentare un quadro aggiornato sullo stato di salute delle donne italiane e offrire spazi di approfondimento su alcune tematiche che meritano un approccio orientato al genere.

In alternanza al Libro bianco, è realizzato un volume monografico dedicato a un tema di particolare interesse per l'Osservatorio; per questa edizione è stato scelto l'invecchiamento, argomento attuale, fortemente connotato al femminile e che vede l'Italia protagonista, risultando il secondo Paese più vecchio nel mondo, dopo il Giappone e il primo in Europa.

Il libro, che si avvale della collaborazione di autorevoli esperti in ciascun settore e che è stato realizzato ancora una volta grazie al supporto di Farmindustria, ha l'obiettivo di presentare un quadro della "nuova" longevità, passando attraverso gli aspetti cruciali e le maggiori criticità, dal ruolo della prevenzione per un invecchiamento attivo al valore dell'integrazione sociale, dall'assistenza sanitario-assistenziale all'impatto socio-economico, dalla promozione della sicurezza alla problematiche associate alla politerapia.

Il volume, che si articola in 8 capitoli, si arricchisce dei **contributi introduttivi** a cura della Presidente e della Vice-Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, **Emilia Grazia De Biasi** e **Maria Rizzotti** e del Presidente di Farmindustria **Massimo Scaccabarozzi** nonché delle **riflessioni conclusive** a firma dell'Onorevole **Franca Biondelli**, Sottosegretario al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

In Appendice sono riportati sinteticamente i risultati dell'indagine conoscitiva di Onda "Essere anziani nel 2017" svolta su un campione di 314 anziani over 70 per esplorare stili di vita, stato di salute, percezione della propria vita e del ruolo sociale dell'anziano, aspettative per il futuro.

La postfazione di Giangiacomo Schiavi chiude con un invito a "sognare per reinventarsi una vita" nel segno di una valorizzazione del ruolo dell'anziano e di un invecchiamento attivo che può ancora regalare ottimismo e soddisfazione.





SPECIALE
RAPPORTO
ONDA

onda

Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Un quadro della “nuova” longevità passando attraverso gli aspetti cruciali e le maggiori criticità

SECONDO IL PRIMO REPORT GLOBALE su invecchiamento e salute presentato nell'ottobre 2015 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità si prevede, entro il 2050, il raddoppio del numero degli over-60 nel mondo che passeranno da 900 milioni a oltre 2 miliardi. L'Italia non è esclusa da questa tendenza, addirittura ne è protagonista risultando il secondo Paese più vecchio nel mondo, dopo il Giappone, e il primo in Europa. Accessibilità universale delle cure, buon sistema sanitario e stile di vita, in particolare la dieta mediterranea, sono senza dubbio alla base di questo record italiano. Lo scenario è tinto di rosa: le donne italiane con più di 65 anni sono 7,5 milioni, ben 2 milioni più degli uomini. Del resto, le donne risultano più longeve rispetto agli uomini con un vantaggio che secondo gli ultimi dati di Osservasalute, pur essendosi ridotto nell'arco dell'ultimo biennio, resta significativo, pari a quattro anni e mezzo (Rapporto 2016: età media donna 84,6 vs età media uomo 80,1).

Considerare la popolazione ultra-65enne come unico gruppo, a fronte dello straordinario allungamento della vita e del miglioramento della qualità della vita, è senza dubbio riduttivo e questo ha portato alla definizione – inevitabilmente su base anagrafica – di tre categorie: giovani anziani (65-74 anni), anziani (75-84 anni) e grandi vecchi (85 anni e oltre). Dalla lettura dei dati riferiti a ciascun gruppo della popolazione over-65 anni, secondo la classificazione appena citata, si evidenzia il progressivo aumento del “peso” della componente femminile sul totale che raggiunge quasi il 70% nel segmento di popolazione oltre gli 85 anni e supera l'80% se consideriamo il segmento estremo di popolazione ultra-centenaria. **Nonostante la maggiore longevità**, la donna ha più patologie e una salute peggiore dell'uomo; i dati prodotti in letteratura evidenziano come fragilità, polipatologia e perdita dell'autosufficienza gravino pesantemente sulla donna anziana: 1 donna su 3 over 75 presenta sindrome da fragili-



Per garantire un invecchiamento sano, attivo e positivo l'Oms ha definito tre ambiti di intervento: salute, sicurezza e partecipazione

FRANCESCA MERZAGORA
Presidente Onda



tà, 1 su 2 è affetta da almeno due malattie croniche, 1 su 3 ha limitazioni funzionali gravi nelle attività della vita quotidiana. A ciò si aggiunge il maggior rischio di depressione e di disturbi cognitivi e il più ampio consumo di farmaci a cui si associa un rischio più elevato di eventi avversi e di ospedalizzazioni per effetti collaterali. Questa condizione di fragilità biologica è aggravata da una concomitante vulnerabilità per fat-

tori socio-economici che concorrono a marcare le differenze di genere nell'ambito dell'invecchiamento: le donne sono più sole, meno istruite, più povere, più abusate e maltrattate (Istat, Come cambia la vita delle donne 2004-2014).

Abbiamo dunque da affrontare una grande sfida, verso la quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha già definito gli ambiti di intervento volti a garantire un invecchiamento sano, attivo e positivo: salute, sicurezza e partecipazione. Anche Onda, che da ormai più di undici anni è impegnata nella promozione e tutela della salute della donna nelle diverse fasi della vita, ha accettato la sfida, rivolgendo il proprio interesse al mondo degli anziani che vede le donne protagoniste, non solo come “anziane” ma anche come *caregiver*, formali e informali.

L'iniziativa Bollini RosaArgento, avviato nel 2016, ha l'obiettivo di avvicinare le donne e le loro famiglie al mondo delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali di lungo degenza per anziani non auto-sufficienti), spesso rappresentato negativamente attraverso notizie di cronaca che raccontano di drammatiche quanto disumane realtà, valorizzando le strutture che, al di là di offrire un'adeguata assistenza clinico-sanitaria, garantiscono un'accoglienza personalizzata, rispettosa della dignità della persona ospitata, rispondente alle sue necessità, esigenze e abilità



SPECIALE
RAPPORTO
ONDA



FARMINDUSTRIA

Nuove sfide e nuovi scenari per i quali occorre pensare “strategicamente”



MASSIMO SCACCABAROZZI
Presidente Farmindustria



Le donne svolgono un fondamentale ruolo di caregiver che fa della famiglia un prezioso ammortizzatore sociale il cui apporto alla sostenibilità del sistema salute è ben noto

residue, secondo un approccio non più basato sul “to cure” ma sul “to care”.

Nell’ultimo bando Bollini Rosa (2017) rivolto agli ospedali che vedrà la costituzione del nuovo network di strutture “vicine alle donne” per il biennio 2018-2019, abbiamo inserito come nuova area specialistica la Geriatria. Parallelamente stiamo svolgendo attività di informazione e sensibilizzazione rivolte non solo alla popolazione ma anche alle Istituzioni per promuovere la salute degli anziani e un maggior ruolo sociale. Nella nostra ricerca “Essere anziani nel 2017” (i cui risultati sono riportati all’interno del volume in appendice) è emerso pessimismo riguardo a questo aspetto: il 53% degli intervistati ritiene che l’anziano sia un’importante risorsa per la società, ma allo stesso tempo il 46% di loro pensa che la società tenda a emarginare le persone più avanti con gli anni.

Questo volume ha l’obiettivo di presentare un quadro della “nuova” longevità, passando attraverso gli aspetti cruciali e le maggiori criticità: prevenzione, sicurezza, integrazione sociale, assistenza all’anziano nelle declinazioni domiciliare- ospedaliera - territoriale, impatto socio-economico e problematiche correlate alla politerapia. Ringrazio tutti gli Autori che hanno dato un prezioso contributo al libro e Farmindustria che da tantissimi anni ci affianca nella promozione di una cultura della salute genere-specifica.

SI VIVE DI PIÙ E MEGLIO. È questo il dato incontrovertibile che si ricava dall’osservazione dei cambiamenti nella qualità della vita degli ultimi decenni.

Un progresso che vede l’innovazione farmaceutica giocare un ruolo determinante, per esempio contribuendo per il 73%, negli ultimi 4 decenni, alla crescita di 10 anni dell’aspettativa di vita in Italia.

La cura e la cronicizzazione di malattie un tempo invalidanti o fatali implica, però, nuove sfide e nuovi scenari per i quali occorre pensare “strategicamente”.

L’attenzione alle patologie femminili in generale, e della donna in età avanzata in particolare, è certamente una chiave importante di questa strategia.

Come abbiamo affermato anche in occasione della festa dell’otto marzo, nell’ambito del nostro convegno *Chi l’ha detto che uomini e donne sono uguali?*, le donne sono protagoniste delle decisioni sugli stili di vita, sulle cure e sull’assistenza nel contesto della famiglia. Come madri, mogli, figlie, nonne, svolgono un fondamentale ruolo di *caregiver* che fa della famiglia un prezioso ammortizzatore sociale il cui apporto alla sostenibilità del sistema salute è ben noto. Da qui la nostra insistenza sul concetto di appropriatezza terapeutica e prevenzione.

Ma questo non basta. Occorre anche incrementare e ottimizzare il contributo femminile allo sviluppo economico e industriale del Paese. La qualità, la quantità e, in settori come la ricerca, addirittura la preponderanza di presenze femminili fanno dell’industria farmaceutica un esempio in questo senso. È infine necessario tutelare quel ruolo della donna che si estende ben oltre l’ambito strettamente lavorativo e che rappresenta un ulteriore motivo di attenzione alla sua salute.

Sono quindi lieto di confermare il sostegno di Farmindustria a Onda e al suo grande lavoro di analisi e documentazione per costruire quella vera strategia globale per la sostenibilità del sistema che deve coinvolgere tutti gli *stakeholder*.

Un aiuto importante per orientarsi nella complessa salute degli anziani



EMILIA GRAZIA DE BIASI
Presidente, Commissione
Igiene e Sanità,
Senato della Repubblica

Arriva un momento della vita in cui i nostri genitori ci portano a prendere coscienza nel concreto di ciò che abbiamo letto, sentito dire, osservato a distanza sull'invecchiamento, un ultimo insegnamento prima che il rapporto padre madre figlio si inverta nelle modalità note a chiunque abbia vissuto questa esperienza. Ancora una volta Onda si rende preziosa, consegnandoci questo volume unico nel suo genere, un aiuto importante per orientarsi nella complessa salute degli anziani, con lo sguardo moderno orientato al genere, e cioè alle differenze e al rispetto fra uomini e donne, focalizzando l'attenzione sulle problematiche femminili. Sappiamo che viviamo più a lungo degli uomini, ma anche che invecchiamo peggio; i dati più recenti ci consegnano, tuttavia, una progressiva inversione di tendenza, dovuta primariamente all'allineamento degli stili di vita e dei rischi a essi correlati.

Essere una donna anziana oggi è cosa assai diversa dal passato. Innanzitutto bisognerebbe spostare in avanti l'età di certificazione dell'anzianità, poiché una persona a 65 anni nella generalità ha ancora energie e risorse da offrire a se stessa e alla società, ma sia chiaro che non intendo addentrarmi in dispute sull'età pensionabile. Voglio solo dire che non esiste una "sola" età anziana e che l'invecchiamento ha fasi e gradini che vanno esaminati con attenzione attraverso la medicina di narrazione, la diagnosi precoce e le terapie personalizzate, e che accanto ai farmaci e alle cure vanno esaminati i determinanti sociali e quelli psichici, basti pensare a quanto peso hanno paura e solitudine per definire la qualità di vita della persona anziana. Spesso basta una caduta, una frattura per rendere difficile il ritorno alla vita attiva, e non sempre per motivi clinici, ma per il timore che progressivamente porta a una non autosufficienza



Onda ci accompagna con sapienza in quel meraviglioso viaggio che è il passare del tempo delle donne

precoce; o è sufficiente un momento depressivo, magari passeggero, ma indotto da solitudine per rendere più veloce il deficit cognitivo o la strada per patologie neurodegenerative.

Per questo parliamo di presa in carico socio-sanitaria, per questo l'anzianità è anche un problema non solo della persona interessata o della sua famiglia, ma dell'intera società: quali servizi sul territorio, quali interventi differenziati, quali opportunità di socialità sono le sfide di un rapporto fra ospedale e territorio capace di coniugare acuzie e lungodegenze, riabilitazione e occasioni di vita attiva, prevenzione e stili di vita, alimentazione e attività motoria, serenità e curiosità per la vita. Le nonne, le mamme, infine noi, che abbiamo compreso la lezione della loro vita, ma che facciamo ancora fatica a tradurla in pratica: fumo e patologie cardiovascolari, stress e depressione, alimentazione e obesità, sedentarietà e cronicità sono le malattie delle anziane di oggi e i grandi rischi per quelle di domani, a cui si aggiunge la crescita davvero preoccupante delle malattie neurodegenerative, l'Alzheimer su tutte.

È un quadro che impone alle Istituzioni, oltre che alla medicina, una scelta irreversibile verso strategie di prevenzione lungo tutto l'arco della vita: se è vero che non è mai troppo tardi, è anche vero che chi ben comincia è a metà dell'opera! Facile? No, difficilissimo. Ma indispensabile: le ragazze di ieri pagano cara la mancanza di informazione sulla salute. Le ragazze di oggi possono guardare al passare del tempo con speranza se la nostra generazione saprà prendersi la responsabilità di scegliere la salute come metro di qualità della vita. Anche perché giovani si è per un tratto dell'esistenza. Donne lo si è per sempre. Onda ci accompagna con sapienza in quel meraviglioso viaggio che è il passare del tempo delle donne. E anche per questo ringrazio di cuore Francesca Merzagora e tutti coloro che hanno, con questo volume, unito scienza, medicina, umanità.



Nuova longevità uno scenario tinto di rosa

Parlare di nuova longevità oggi significa descrivere uno scenario tinto di rosa: le donne italiane con più di 65 anni sono 7.5 milioni, ben 2 milioni più degli uomini. Ma nonostante la maggiore longevità la donna ha più patologie e una salute peggiore dell'uomo

Più anni di vita rispetto all'uomo (85,1 vs 80,6) ma con maggior fragilità determinata anche da fattori socio-economici come solitudine, minore istruzione e reddito più basso. Rischio di salute peggiore: almeno 2 malattie croniche (72% vs 58%), maggior disabilità grave (37,8% vs 22,7%)
In Italia le over 65 sono 7,5 milioni, ben 2 milioni in più degli uomini; anche tra gli ultraottantenni si registra una prevalenza, 2 su 3 sono donne. Le italiane hanno un'aspettativa di vita di 85,1 anni, contro gli 80,6 degli uomini. **Nonostante la maggiore longevità** però l'invecchiamento delle donne è più gravoso: sono più malate, il 72% delle over 75 ha 2 o più malattie croniche, rispetto al 58% degli uomini; hanno una salute peggiore, 1 su 3 ha limitazioni funzionali gravi nelle attività della vita quotidiana e hanno gravi disabilità nel 37,8% dei casi contro il 22,7% degli uomini.

Negli over 65 molte malattie croniche sono a prevalenza femminile come artrosi e artrite (59,4% donne e 38,9% uomini), cefalea ed emicrania ricorrente (14,6% vs 7,1%), osteoporosi (39,5% vs 8,1%), ansia e depressione (16,7% vs 9,0%) e Alzheimer e demenze senili (5,1% vs 3,1%). A ciò si aggiunge il più ampio consumo di farmaci a cui si associa un rischio più elevato di eventi avversi e di ospedalizzazioni per effetti collaterali.

Questa condizione di fragilità biologica è aggravata da una concomitante vulnerabilità per fattori socio-economici che concorrono a marcare le differenze di genere nell'ambito dell'invecchiamento: le donne sono più spesso vedove e sole, meno istruite, più povere, basti pensare che il loro reddito previdenziale è mediamente inferiore di circa 6 mila euro rispetto agli uomini, come conseguenza degli squilibri di retribuzione tra i due sessi nel mondo del lavoro. Inoltre, il 65% degli over 65 vittime di abusi è donna.

La medicina di genere-specifica sia considerata modello di appropriatezza e di cura



MARIA RIZZOTTI
Vice-Presidente,
Commissione Igiene e
Sanità, Senato della
Repubblica

Ringrazio di cuore la Dottoressa Francesca Merzagora, Presidente di Onda, per aver promosso e curato la stesura di questo libro che attraverso un profondo studio analitico e un importante contributo scientifico degli autori ha lo scopo di puntare i riflettori sulla longevità in particolare sulla gestione della donna anziana. Da molti anni l'Associazione Onda si occupa concretamente della salute della donna con campagne di informazione sulle principali tematiche di salute femminile, con attività di *advocacy* volte a sensibilizzare le Istituzioni e a promuovere interventi mirati nonché attraverso la segnalazione di strutture sanitario-assistenziali (ospedali e RSA) a misura di donna.

Tra i temi più attuali del dibattito sul futuro sociale del nostro Paese nel breve-medio periodo, c'è quello del ruolo delle persone anziane in un'Italia caratterizzata da un andamento demografico che vede crescere il loro numero. Si stima, infatti, che nel 2045 gli ultrasessantacinquenni saranno il 30% della popolazione e gli ultraottantenni il 12%, nel contempo l'allungamento della vita media e il progredire delle scienze mediche stanno accrescendo la quota percentuale di persone anziane che vivono in ottime condizioni di salute e che rimangono attive sia sul piano sociale che su quello lavorativo.

In un tale contesto i vecchi modelli sociali, che vedevano le persone anziane ormai estromesse da un'esistenza attiva, non hanno più motivo di esistere. Il discorso vale sia per le grandi aree metropolitane, dove è più forte il rischio di una vita in solitudine, che per le piccole città dove pure il senso

di appartenenza alla comunità è più accentuato. Pertanto da più parti si sostiene, ormai da tempo, l'idea che sia utile e opportuno coinvolgere le persone entrate nella terza età in attività sociali di provata utilità. A questo proposito, presentai il 3 aprile del 2013 la proposta di Legge n. 437 "Disposizioni concernenti lo svolgimento di servizi di utilità sociale da parte delle persone anziane".

Questo libro riassume le "risposte possibili" per offrire alla popolazione un'assistenza moderna e adeguata che intercetti le problematiche di salute dell'anziano. Emerge e colpisce la capacità dell'opera nel trattare gli aspetti socio-sanitari con profonda umanità e sensibilità nei confronti della persona anziana.

L'obiettivo è giungere alle soglie della vecchiaia con mente lucida, spirito vivo e un corpo sano e reattivo, ma tutto ciò è frutto di un mix genetico, ambientale e di stili di vita sani che costituiscono il punto di partenza per costruire una terza e quarta età in salute. Si potrebbe affermare che, se si vive bene, si invecchia bene.

Molto innovativa e particolareggiata la problematica della donna anziana, meritoria l'iniziativa dei Bollini RosaArgento che si affiancano ai Bollini Rosa, ormai pratica e consueta consultazione da parte delle donne per scegliere le strutture sanitarie migliori per la loro salute psico-fisica.

Importante è l'auspicio affinché la medicina di genere-specifica sia considerata modello di appropriatezza e di cura, che richiede comunque informazione e formazione attraverso un radicale cambiamento della mentalità nelle Istituzioni (questa è un'importante battaglia sostenuta dalla XII Commissione Sanità del Senato) come nell'opinione pubblica e negli operatori sanitari.

Si tratta, in definitiva, di un'indubbia e urgente sfida per la sanità del futuro.

Donne Generazione Argento l'identikit della salute in otto punti

Obiettivo del volume, che si articola in otto capitoli, è quello di offrire un quadro della “nuova” longevità passando attraverso gli aspetti cruciali e le maggiori criticità: dal ruolo della prevenzione per un invecchiamento attivo al valore dell'integrazione sociale, dall'assistenza sanitario-assistenziale all'impatto socio-economico e dalla promozione della sicurezza alle problematiche associate alla politerapia



1 L'invecchiamento della popolazione italiana: donne assolute protagoniste

C. Vergani

Il capitolo si apre offrendo un breve inquadramento demografico che evidenzia come l'aspettativa di vita sia straordinariamente aumentata nel nostro Paese nell'arco di poche generazioni: se agli inizi del Novecento si attestava intorno ai 43 anni, oggi è di 83. Gli ultraottantenni italiani sono quasi 4 milioni e di questi due su tre sono donne, dato che non sorprende in virtù della nota maggior longevità femminile. La popolazione anziana non può essere considerata omogenea; i fattori che influenzano i processi alla base dell'invecchiamento sono molteplici e in piccola parte correlati al patrimonio genetico: il resto – per la maggior parte – dipende dai comportamenti adottati e dall'ambiente circostante. Per il singolo l'invecchiamento è una sfida adattativa che necessita del supporto di una medicina proattiva, che mira a proteggere l'anziano a rischio di fragilità e perdita dell'autosufficienza. Per la comunità il fenomeno impone di ripensare il contesto organizzativo degli interventi: in Italia la sanità è ancora tarata sulla malattia acuta, mentre l'anziano necessita di un'assistenza continuativa, integrata, cioè socio-sanitaria.

2 Invecchiare in salute: i fattori protettivi della longevità

M. Trabucchi - G. Corbi, CP. Campobasso,
I. Grattagliano, N. Ferrara

Il capitolo è stato suddiviso in due sottocapitoli, rispettivamente dedicati agli stili di vita e alla prevenzione della violenza che sono fattori cruciali per un invecchiamento attivo e positivo.

Il processo di invecchiamento risponde ad una regola precisa: lo stile di vita – passato e presente – determina in buona parte la condizione di salute psicofisica in età avanzata. Dare attenzione alle modalità con le quali si è trascorso e si trascorre il tempo di vita è dunque il punto di partenza per costruire una terza e quarta età in salute. Ecco perché possiamo asserire che vivere a lungo dipende in buona parte dalle nostre scelte personali. Anche l'ambiente gioca un ruolo cruciale, così come la quantità e la qualità delle relazioni sociali. Per quanto riguarda il tema dell'abuso degli anziani, si tratta

di un importante problema di sanità pubblica, assai più diffuso di quanto documentato dai pochi dati nazionali disponibili, in larga misura occulto. Tra le diverse forme di abuso, quella dell'abbandono e dell'incuria rappresenta la più frequente e la popolazione maggiormente a rischio è quella femminile connotata da una maggior vulnerabilità biologica e socio-economica. Cruciale è il ruolo della prevenzione che deve necessariamente partire da una riscoperta del valore dell'anziano ed attuarsi attraverso interventi mirati e specifici.

3 Il cervello sociale degli anziani

M.C. Mostallino, G. Biggio - S. Varia

Il capitolo analizza gli aspetti neurobiologici e psico-sociali che caratterizzano i processi alla base dell'invecchiamento del cervello, sottolineando come l'arricchimento ambientale ed un adeguato stile di vita possano significativamente contribuire a formare una ricca “riserva cognitiva”. Esercizio fisico aerobico, interazioni sociali e sonno, in particolare, hanno un ruolo determinante nel migliorare le prestazioni cognitive. Fino a qualche decennio fa si pensava che il cervello fosse un organo rigido e imm modificabile ma si è poi scoperto che possiede la capacità di modificarsi e rimodellarsi (neurogenesi e neuroplasticità). Numerose sono le evidenze scientifiche che documentano come l'esercizio fisico e cognitivo riducano la vulnerabilità al decadimento cognitivo e allo sviluppo di demenza, creando nuovi circuiti e nuove connessioni. I fattori protettivi del decadimento sono elementi che garantiscono, ognuno per la sua parte, il potenziamento della resilienza da intendersi come capacità di sapersi adattare a fronte di avversità o minacce, risorsa questa indispensabile per un invecchiamento sereno.

4 Dall'ospedale al territorio. Dal curare al prendersi cura

L. Bergamaschini, C. Negri Chinaglia

Il capitolo analizza, alla luce della riorganizzazione socio-sanitaria prevista dal Piano Nazionale delle Cronicità (2016), gli aspetti che connotano il modello integrato ospedale-territorio per garantire la presa in carico del paziente – e non della singola malattia – e la continuità dell'assistenza attraverso piani di intervento molto personalizzati. L'integra-

“ La popolazione anziana non può essere considerata omogenea; i fattori che influenzano i processi alla base dell'invecchiamento sono molteplici e in piccola parte correlati al patrimonio genetico: il resto – per la maggior parte – dipende dai comportamenti adottati e dall'ambiente circostante



zione ospedale-territorio richiede un riequilibrio dell'offerta assistenziale dei due ambiti. L'ospedale non è più il *core* dell'organizzazione sanitaria ma uno snodo, ad alta specializzazione, della rete dei servizi del nuovo sistema per la cronicità, che deve interagire con la medicina specialistica ambulatoriale e l'assistenza primaria senza interruzione di continuità. Dunque all'ospedale deve essere attribuito il compito di curare i malati acuti, lasciando la gestione della cronicità al territorio. Nell'ambito delle cure domiciliari, uno degli obiettivi della riorganizzazione è fornire il supporto alle famiglie per il *caregiving*, attivando strategie di orientamento e di aiuto.

5 Invecchiamento "attivo" e politiche di welfare

T. Bocchi

Vivere più a lungo vuol dire lavorare per più tempo. Il paradigma, che prende le mosse dalla riforma pensionistica, rende perentorio rivolgere l'attenzione alle nuove esigenze di lavoratrici e lavoratori non più giovanissimi e creare una cornice normativa e contrattuale a tutela di questi soggetti che possa alimentare la cosiddetta *silver economy*. I pensionati in Italia costituiscono circa il 27% della popolazione: si tratta di una fetta rilevante del nostro tessuto sociale in cui le donne rappresentano il 52,8% del totale e hanno un reddito previdenziale che è, mediamente, inferiore di circa 6 mila euro rispetto agli uomini, quale conseguenza del *gender pay gap*. Ridurre questo gap rappresenta una sfida importante nel nostro Paese anche nell'ottica di dare un impulso alla natalità: più le donne lavorano, più fanno i figli. Perché questo impulso possa essere efficace sarà necessario costruire un sistema di sostegno normativo ed economico sul tema della genitorialità da intendersi come condivisa nel segno del cosiddetto *welfare genitoriale*.

6 La gestione della donna anziana: analisi della spesa in un'ottica di genere

G. Fiorentini

Il capitolo si sviluppa alla ricerca di un orientamento sulla spesa sanitaria per la popolazione femminile over 65. Si sottolinea l'evoluzione dal concetto di "prestazione" sanitaria al concetto di "servizio" sanitario che viene percepito dal cittadino/"cliente". Infatti si contempera la specificità delle prestazioni, il valore aggiunto delle condizioni di erogazione delle prestazioni, unitamente alla simmetria informativa/comunicativa, e la capacità di spesa/"dote" a disposizione. In questo modo si incrementa l'efficacia sanitaria. Sono analizzate nel dettaglio alcune variabili che incidono sulla spesa sanitaria come l'aspettativa di vita, le condizioni di salute, la cronicità, la disabilità e la non autosufficienza. Con le dovute approssimazioni, intrinseche alla variabilità dei modelli regionali di intervento e dei provvedimenti normativi e in assenza di informazioni puntuali riguardo a questo specifico segmento della popolazione, viene calcolata la spesa sanitaria pubblica e privata delle donne over65 per un ammontare complessivo che si colloca in una forbice che va da circa 21,3 mld di euro a circa 22,6 mld di euro.

7 Il supporto farmacologico alla donna anziana

R. Michieli, C. Zerbinati

Il capitolo si apre con la rassegna, in un'ottica di genere, delle patologie a maggior impatto sociale e dei farmaci prescritti (dati 2016 HS, Istituto di ricerca della SIMG) per poi riservare uno spazio di approfondimento alla farmacologia di genere che si occupa di studiare le differenze tra uomini e donne in termini di efficacia e sicurezza dei farmaci ma anche di risposta in relazione a numerosi fattori interferenti.

La politerapia negli anziani, quale inevitabile conseguenza della pluricomorbidità, è un crescente problema di sanità pubblica ed il fenomeno è connotato da un aumentato rischio di interazioni farmacologiche, eventi avversi, prescrizioni inappropriate e "a cascata" (farmaci prescritti per trattare un effetto avverso interpretato erroneamente come una nuova condizione clinica) oltre che da una riduzione della *compliance* terapeutica.

Le donne anziane rappresentano la categoria maggiormente a rischio in questo senso e le differenze di genere nell'ambito delle prescrizioni inappropriate sono da attribuire a fattori non solo biologici ma anche sociali.

8 Invecchiamento e innovazione farmaceutica: strategie di sostenibilità

F. Franconi, I. Campesi

Nello scenario attuale è improcrastinabile la promozione di politiche volte a fare fronte alle crescenti spese per le pensioni e l'assistenza sanitaria. Promuovere un invecchiamento di successo, parallelamente alla riorganizzazione dei servizi, all'incremento dell'efficienza del sistema e all'introduzione di nuove tecnologie, non solo si traduce in una miglior qualità di vita della singola persona anziana ma significa anche produrre una linfa vitale per la sostenibilità. Ecco allora che occorre continuare a puntare sulla prevenzione con una particolare attenzione alle possibili strategie per ridurre lo stress a cui le donne, più degli uomini, sono esposte. Tra i determinanti "sociali" della salute, si annovera il ruolo di *caregiver* che rappresenta un fattore di rischio significativo per diverse patologie psico-fisiche e per la diversa risposta ai farmaci.



A rischio non c'è solo la salute della donna, ma quella di tutta la società italiana



CONCLUSIONI

Riflettori accesi sulle disparità della condizione femminile e sulla salute psico-fisica delle donne

La salute della donna è oggi – quanto mai – un tema centrale per il nostro Paese.

Lo rilevano Istituzioni, Terzo Settore, Scienza e Media che in questi ultimi anni hanno iniziato a mettere in luce, ciascuno per il proprio ambito di competenza, le criticità e le disparità della condizione femminile attuale con particolare riguardo alla salute psico-fisica.



FRANCA BIONDELLI
Sottosegretario Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

ALL'OSSERVATORIO NAZIONALE sulla salute della donna si deve riconoscere una parte importante del merito di avere tenuto i riflettori accesi su queste tematiche, sensibilizzando con tenacia gli interlocutori non solo a un impegno nello studio e nella ricerca sul benessere al femminile, ma anche alla realizzazione di risposte tangibili in favore delle donne.

Alla gratitudine per il lavoro svolto in questi anni da Onda, devo aggiungere oggi un plauso particolare per il presente volume per cui ho l'onore di scrivere questa nota conclusiva.

Si tratta di un lavoro imponente sia negli obiettivi sia nei contenuti grazie al quale è finalmente possibile fare un punto sulla salute della donna a trecentosessanta gradi.

In questi anni il ruolo della donna – sotto la spinta dei cambiamenti sociali – sta evolvendo, accettando nuove sfide e nuovi rischi e perdendo vecchie sicurezze e tutele che il sistema sociale garantiva.

Lavorativamente la donna sta assumendo stesse responsabilità e stessi rischi degli uomini, ma con stipendi più bassi, maggiori ostacoli alla carriera e – spessissimo – con un carico familiare imponente da portare avanti in prima persona. Eppure, a fronte di questa evoluzione di ruolo sociale – come si evince chiaramente da questo libro – le donne restano “più sole, abusate e maltrattate”.

Probabilmente non a caso, in questo contesto, gli indicatori di benessere psico-fisico femminili ci dicono che le donne, per quanto più longeve degli uomini, godono di una salute peggiore rispetto all'uomo, con un eccesso di condizioni quali la polipatologia, la depressione, la perdita dell'autosufficienza e la fragilità in generale.

A rischio non c'è solo la salute della donna, ma quella di tutta la società italiana perché la donna continua ad avere un ruolo fondamentale nel gestire la salute e il benessere della propria famiglia e dei propri cari, che siano coniugi, figli, genitori o nipoti.

Il volume dà conferme alla nostra azione politica da un lato, ma ci sprona anche a trovare nuove modalità di intervento in favore del benessere psico-fisico della donna.

Di sicuro i recenti innovativi interventi normativi da noi promossi come quello a favore della conciliazione tra vita professionale e vita privata nell'ambito del *welfare* aziendale oppure il reddito di inclusione sono alcune delle iniziative messe in campo che danno risposte tangibili a tutte le donne italiane e soprattutto a quelle in difficoltà. Così anche – per quanto riguarda la tutela della salute – grandissimi passi avanti sono stati fatti durante questa legislatura con l'approvazione dei Lea, la creazione del Registro nazionale dei tumori e la legge sulle *Breast unit* per citarne solo alcuni.

Però le sfide aperte – così chiaramente presentate in questo volume – sono ingenti e possono apparire a prima vista scoraggianti.

Da donna ho però una certezza: le donne rappresentano il futuro del nostro Paese e sapranno guidare in prima persona questo cambiamento in atto.

Il nostro ruolo – e in questo caso parlo come istituzione – sarà quello di continuare a dare loro fiducia, supportarle al meglio e liberare le tante energie che mettono in campo in tutti gli ambiti della società italiana.



Sul sito www.bollinirosa.it dall'8 gennaio 2018 è possibile consultare le schede degli ospedali premiati, suddivise per regione, con l'elenco dei servizi valutati. Tramite un apposito spazio riservato agli utenti è possibile lasciare un commento sulla base dell'esperienza personale che viene poi condiviso da Onda con gli ospedali interessati.

I Bollini RosaArgento

www.bollinirosa.it

A cura di Onda

DOPO QUASI DIECI ANNI di esperienza maturata con i Bollini Rosa attribuiti agli ospedali, abbiamo deciso di rivolgere la nostra attenzione anche al mondo sanitario-assistenziale dedicato agli anziani caratterizzato da una fortissima femminilizzazione, a partire dagli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa): dei 280.000 stimati, 3 su 4 sono donne. Inoltre sono in genere le donne che in famiglia affrontano la difficile scelta della struttura dove ricoverare il proprio caro anziano e che prendono contatto con i servizi di informazione e accoglienza. E ancora una volta, sono le donne le principali risorse umane che lavorano nelle Rsa a tutti i livelli aziendali; la donna assume, infatti, un ruolo attivo nella cura e nell'assistenza degli ospiti in qualità di personale sanitario, di case manager e a livello gestionale, nella direzione della struttura stessa.

I cambiamenti sociali che hanno nel tempo modificato la composizione familiare (genitori sempre più anziani, donna impegnata sul fronte lavorativo, indipendenza tardiva dei figli) non consentono più di fatto alla famiglia di continuare a svolgere il tradizionale ruolo di ammortizzatore sociale.

In questo contesto socio-epidemiologico, per supportare le famiglie che, non potendo garantire ai propri cari un'assistenza adeguata in casa, devono scegliere una RSA, abbiamo promosso un nuovo progetto, i Bollini RosaArgento.

L'obiettivo è premiare le strutture in possesso dei requisiti necessari per garantire non solo una **gestione efficace e sicura dell'ospite**, ma anche un'assistenza umana e personalizzata che valorizzi l'importanza delle relazioni sociali. Per il nostro "cervello sociale" queste ultime sono infatti indispensabili per mantenere vive le capacità relazionali, affettive e cognitive e in una Rsa ben funzionante, rispetto a invecchiare in solitudine, queste condizioni possono verificarsi più facilmente.

I Bollini RosaArgento nascono dunque per of-

fruire un supporto concreto alle famiglie e ai caregiver nell'identificazione del luogo di ricovero più adatto alle diverse esigenze dell'anziano dal punto di vista clinico-assistenziale ma **si prefiggono anche di contribuire a:**

- promuovere il benessere dell'ospite anziano e tutelare la sua dignità
- migliorare l'accessibilità ai servizi erogati dalle Rsa
- potenziare il livello di offerta assistenziale e terapeutica delle Rsa stimolando una concorrenza 'positiva' tra le strutture
- ridurre ospedalizzazioni improprie favorendo un risparmio a livello di Ssn.

L'iniziativa, che ha ottenuto il patrocinio delle principali Società Scientifiche in ambito geriatrico e degli organismi preposti alla tutela degli anziani (**Federanziani Senior Italia; SIGG**, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; **SIGITE**, Società Italiana di Ginecologia Terza Età; **SIGOT**, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio; **SINeG**, Società Italiana di Neurogeriatria; **SID**, Società Italiana di Diabetologia; **SIP**, Società Italiana di Psichiatria; **SIPI**, Società Italiana Psicologia Invecchiamento; **SIR**, Società Italiana di Reumatologia; **SICGe**, Società Italiana Cardiologia Geriatrica), è stata aperta a tutte le Residenze Sanitarie di lungodegenza assistita, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative corrispondenti, secondo i codici di attività individuati dal Dpcm 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza (Ministero della Salute), alle Unità di cure residenziali estensive (R2), ai Nuclei Alzheimer (R2D) e alle Unità di cure residenziali di mantenimento (R3).

La prima cerimonia di premiazione delle Rsa che hanno partecipato all'iniziativa si è svolta a Milano nel novembre 2016. I Bollini RosaArgento sono stati attribuiti a 99 strutture di cui 83% private e 17% pubbliche. La Lombardia spicca per il maggior grado di partecipazione all'iniziativa con ben 46 strutture.



L'obiettivo è premiare le strutture in possesso dei requisiti necessari per garantire non solo una gestione efficace e sicura dell'ospite, ma anche un'assistenza umana e personalizzata che valorizzi l'importanza delle relazioni sociali

Come per gli ospedali con i Bollini Rosa, attraverso un sito dedicato (www.bollinirosa.it) sono segnalate le Rsa premiate e i relativi servizi con la possibilità per l'utente di commentarli ed esprimere un giudizio in base alla propria esperienza.

I Bollini RosaArgento rappresentano così per le famiglie uno strumento di orientamento, una sorta di *tripadvisor* sociale, per scegliere il luogo di ricovero più adatto per i propri cari non autosufficienti. L'iniziativa vuole esprimere il valore, autocertificato dalle strutture, dei servizi offerti in termini di livello delle caratteristiche funzionali della struttura, i requisiti essenziali attestati dalle certificazioni e dalle azioni di gestione poste in essere, il livello di appropriatezza dell'organizzazione dell'assistenza clinica e il grado di orientamento all'umanizzazione dell'assistenza: è un modo nuovo per orientarsi, tramite un 'rating' olistico (valore socio-sanitario e umanizzazione), nella fruizione di servizi che possano soddisfare le famiglie e le ospiti delle Rsa. Il nostro obiettivo è quello di avviare all'interno del network un'attiva e sinergica collaborazione come ormai da anni portiamo avanti con gli ospedali premiati con i Bollini Rosa, promuovendo attività di aggiornamento del personale, concorsi Best Practice e iniziative "a porte aperte".

Il prossimo bando dei Bollini RosaArgento, aperto alle strutture che già afferiscono al Network 2017-18 e a nuove Rsa che volessero partecipare, si svolgerà **nella primavera del 2018** e porterà alla costituzione della nuova rete di Rsa premiate attiva per il biennio 2019-20.

AGITE

Anno nuovo: nuovo futuro per il ginecologo?

La porta è il futuro ma il passato ne è la chiave”, così scriveva Victor Hugo. Ho ripensato a queste parole mentre riflettevo sulla nostra figura e sul nostro ruolo di ginecologi in questo momento storico.

SANDRO M. VIGLINO
Presidente AGITE

“
Possono le nostre rappresentanze sindacali (sempre più inascoltate) e le nostre Società scientifiche unirsi a testuggine per provare a difendere i nostri spazi professionali e la nostra sacrosanta dignità?”

SONO CONSAPEVOLE di correre il rischio di essere bollato come un nostalgico del tempo che fu, condizione che sarebbe confacente ad un medico non più giovane, incline per natura a bilanci e riflessioni interiori. Ma, vi assicuro, così non è. Anzi, provo a riflettere mettendomi nei panni di un giovane collega che si appresta ad intraprendere un cammino professionale difficile, complesso, rischioso e di grandi sacrifici come quello dell'ostetrico-ginecologo. E mentre scrivo mi sovrviene quel filmato-spot prodotto dal Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic) qualche tempo fa, nel momento più acceso dell'attacco alla nostra categoria a colpi di contenzioso medico-legale. Un bel filmato, arricchito da immagini e musica toccanti, che ad un certo punto recitava: “Ogni anno decine di migliaia di denunce, per lo più infondate, spingono bravi chirurghi a non operare e giovani medici a non scegliere le specializzazioni chirurgiche”. E ancora: “...il nostro lavoro richiede decisioni difficili, urgenti, decisioni che siamo preparati a prendere, decisioni spesso scomode, a volte con esiti non prevedibili. La nostra professione inizia presto e non finisce mai”. Saranno questi alcuni dei motivi che inducono molti giovani medici – soprattutto maschi – a non scegliere più o comunque meno frequentemente che in passato la nostra specialità?

Le politiche seguite in questi ultimi dieci anni hanno condiviso l'obiettivo di comprimere e indebolire il Ssn attraverso il blocco degli stipendi (da ormai 8 anni), la riduzione drastica del personale sanitario (meno 50.000 lavoratori dal 2009 al 2016), il taglio dei posti-letto (meno 80.000 negli ultimi dieci anni), il risparmio spesso a scapito della qualità che ha sottratto risorse al ricambio di strumenti e apparecchiature (in costante divenire per una scienza dinamica come la Medicina e Chirurgia), il blocco del turn-over, la mancata sostituzione dei pensionamenti e delle gravidanze, l'incentivazione del precariato professionale del personale medico e infermieristico. Tutto ciò applicato ad un settore fondamentale come quello della salute e, in particolare, ad una branca della Medicina come la Ginecologia ha si-

gnificato e sta significando condizioni di lavoro spesso agli estremi delle possibilità professionali e umane, mettendo a rischio quella concentrazione e attenzione essenziali per svolgere compiti delicati e complessi, spesso in condizioni di urgenza e di emergenza, come quelli che vengono richiesti in una sala operatoria o in una sala parto.

Non sta meglio la Ginecologia territoriale. Molti presidi territoriali sono stati chiusi - soprattutto Consultori -, molti specialisti sono andati in pensione senza essere stati sostituiti (e comunque l'età media di quelli ancora presenti resta molto alta), molte ore di specialistica ginecologica sono andate perdute nel silenzio dei sindacati di categoria.

Fino ad oggi il sistema ha retto solo in virtù dell'abnegazione e dello spirito di sacrificio degli operatori (e noi ginecologi tra i primi) che lavorano spesso ben oltre l'orario di lavoro, sapendo benissimo che quelle ore in più non verranno mai recuperate né retribuite, sempre più a rischio della sindrome da burnout e a prezzo di una vita privata e sociale sempre più residuale.

Sto esagerando? Qualunque collega che operi all'interno del Ssn – tranne alcune lodevoli eccezioni – sa bene che tutto questo risponde al vero e pesa ancor di più se scaricato sulle spalle di uomini e donne che hanno scelto, sulla base spesso di un vero e proprio afflato ideale, di dedicare la propria vita ed il proprio sapere ad un campo della scienza come quello che si occupa e si preoccupa della donna, del bambino (ancora prima di nascere) e della coppia, in altri termini della famiglia, della sua serenità e del suo futuro.

A fronte di tutto ciò, a fronte di stipendi modesti e di inesistenti soddisfazioni né riconoscimenti da parte delle varie Amministrazioni, ci si trova ancora nella condizione di dover combattere di fronte ad un contenzioso medico-legale che non accenna a diminuire (e che per il momento la legge Gelli non è riuscita a contenere) e ad una direzione politica e amministrativa che appena possono scaricano sulle spalle degli operatori le storture, le lacune e le magagne di cui esse sono re-

sponsabili. E poi, come se questo non fosse sufficiente, ci si mettono magari associazioni di cosiddetti “cittadini e cittadine informati” che, in collaborazione con l'Osservatorio sulla violenza ostetrica in Italia, denunciano a mezzo stampa che il 21% delle madri italiane con figli di 0-14 anni ha subito maltrattamenti quando non vere e proprie violenze fisiche e verbali durante il travaglio ed il parto.

È naturale che in qualsiasi categoria e comunità sociale e lavorativa ci siano le proverbiali mele marce e “i cretini di ogni età” (per citare il grande Dalla) e non si può escludere che qualche collega si sia comportato male e in modo deontologicamente scorretto, abbia comunicato in modo superficiale e non abbia tenuto in debito conto l'emotività e l'habitus psichico della paziente in quei momenti così delicati e importanti. Ma mettere alla gogna un'intera categoria di professionisti sulla base di presunte, infondate e anonime accuse questo no, non si può accettare! E ancora più inaccettabile è l'affermazione che questi nostri colpevoli comportamenti sarebbero la causa del decremento di natalità in Italia a causa della decisione da parte delle primipare oggetto di violenza di non volere più figli. Questa è dunque la causa della denatalità nel nostro Paese! E noi che stupidamente pensavamo che le cause fossero da ricercare nella crisi sociale, nella mancanza di lavoro, nell'assenza di un futuro minimamente certo sulla base del quale costruire il proprio progetto di vita!!

Che fare dunque? Possono essere il disimpegno o la prospettiva del sempre più anelato pensionamento o la desertificazione delle Scuole di specialità le soluzioni a questi problemi? Siamo/saremo costretti a porre una pietra tombale sui nostri entusiasmi e passioni professionali e anche, diciamo, sulle nostre idealità al punto da dissuadere i giovani laureati dallo scegliere la nostra specialità? Possono le nostre rappresentanze sindacali (sempre più inascoltate) e le nostre Società scientifiche unirsi a testuggine per provare a difendere i nostri spazi professionali e la nostra sacrosanta dignità?



PANORAMA SINDACALE

FESPA il nuovo sindacato per la specialistica convenzionata ambulatoriale

Il 13 ottobre scorso a Roma nella sede dell'Enpam si è tenuto con successo il I Congresso Nazionale accreditato della Fespa dal titolo "Il ruolo della medicina specialistica ambulatoriale nella prevenzione e promozione della salute". Le tematiche affrontate sono state basate sulle linee direttrici di Fespa, partendo dalla premessa di una necessaria e maggiore integrazione tra le figure del territorio e del mondo ospedaliero.

Emerge l'esigenza di promuovere un incremento delle prestazioni diagnostiche e strumentali in un momento di rifunionalizzazione degli ospedali, per poter sopperire all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche; favorire a tal fine le campagne di informazione sui corretti stili di vita e di prevenzione precoce già in età prepubere e pubere.

La Fesmed ha sempre portato avanti gli interessi della dipendenza, ma riconoscendo il ruolo importante svolto dal territorio ed essendo sempre più attenta al suo sviluppo, ha partecipato alla costituzione di Fespa - Federazione specialistica ambulatoriale, nata inizialmente da un patto federativo tra varie associazioni Smi - Fvm - SIVeMP - F.G. Cgil - Anaa Assomed.

Anche se Fespa è nata dall'unione di diverse anime sindacali, è diventata ben presto un nuovo soggetto sindacale autonomo, nel quale professionisti con diverse storie di provenienza si sono uniti per condividere: la difesa della sanità pubblica, la modernizzazione delle cure territoriali e la valorizzazione della figura dello specialista ambulatoriale soprattutto nel ruolo della prevenzione. Le associazioni confluenti in Fespa hanno trasferito ad essa le proprie deleghe sindacali, raggiungendo così la soglia del 5% che ha consentito di raggiungere la rappresentatività nazionale e conseguentemente, la possibilità di poter negoziare e stipulare contratti, accordi e convenzioni in sede nazionale, regionale e aziendale nell'area della specialistica ambulatoriale convenzionata. Questa è stata una grande vittoria di Fespa e le ha permesso di partecipare alle trattative che hanno portato all'accordo collettivo nazionali del 17 dicembre 2015 e di assicurare una rappresentanza capillare a livello regionale e aziendale.

Fespa è diventata una realtà nel panorama sindacale, ha una presenza sui media e comincia ad essere un forte interlocutore della parte pubblica.

In ambito strettamente sindacale la riapertura delle trattative al tavolo della Sisac fa sì che Fespa abbia tracciato delle linee guida a breve termine:

Implemento delle risorse disponibili per un finanziamento economico di contratto e convenzioni riconoscente il valore e funzione sociale del nostro lavoro;

Rilancio del Territorio prevedendo il potenziamento delle strutture con tecnologie avanzate e incremento del personale di supporto;

Integrazione con altre figure operanti sul territorio;

Vocazione dello specialista ambulatoriale ad operare sul territorio, pur non disconoscendo il ruolo di esso nell'ospedale altrimenti non sarebbe stata assicurata in passato l'assistenza alla popolazione.

Per chi è interessato ad intraprendere un nuovo cammino, per una nuova sanità pubblica, per essere più forti, compatti e rappresentativi nel panorama sindacale dell'area della specialistica convenzionata ambulatoriale, vi invito a iscrivermi alla Fespa scaricando il modulo che troverete sul sito www.fesmed.it, da compilare ed inviare a: Fespa Via Livorno 36 - 00162 Roma, tel. 06 44254168, fax 06 94443406, e-mail segreteria@fespa.it

Sonia Baldi
Rappresentante FESPA

L'ABORTO ILLEGALE, LO ABBIAMO SCONFITTO?

Meraviglia che dopo quarant'anni dall'approvazione della legge 194 del 1978 sull'aborto, che ha liberalizzato questa pratica in Italia rendendola sicura e gratuita negli ospedali, si sia ancora nella necessità di valutare la presenza dell'aborto volontario illegale, con tutti i rischi che ne derivano.

Eppure l'aborto volontario illegale c'è ancora, rintanato nelle pieghe della ignoranza e della povertà sociale, nelle sacche della vergogna per una gravidanza non voluta o addirittura subita, nell'errato o mancato uso di metodi anticoncezionali sicuri, che pur oggi esistono e sono facilmente disponibili, ma indovato anche nella colpevole incuria delle istituzioni.

Il segno di questo destino biologico lo ritroviamo ancora ogni giorno raccontato dai giornali e dalle televisioni. Neonati vivi abbandonati nei cassonetti e ritrovati dai netturbini. Neonati gettati dalle finestre con il cordone ombelicale reciso e ancora pulsante. Giovani disperate dalla miseria sociale ed economica da cui non riescono ad emergere che interrompono la gravidanza nelle mani di qualche praticone. Oggi, ancora come nei tempi andati, rischiando la vita e la salute. Donne, immigrate e no, che non possono permettersi il lusso di mantenere altri figli. Adolescenti la cui ignoranza le ha consegnate gravide ad un partner immaturo e fuggente.

Eppure la relazione del ministero della giustizia pubblicata nel 2017 mostra un numero relativamente esiguo di procedimenti penali, che negli ultimi anni si situano tra i 50 e gli 80 per anno. Ma questi numeri sono certamente solo la punta di un iceberg perché le tecniche si sono evolute e l'attenzione delle donne e degli operatori illegali si è fatta più sofisticata.

Tutto questo viene raccontato nel libro di Vincenzo Borruso con attenta documentazione e abbondanza di numeri. Ed i contenuti sono impressionanti.

Ma il problema non è solo di numeri. Il problema è che dopo quarant'anni di una legge giusta e sacrosanta, che ha permesso a moltissime donne di evitare il destino riproduttivo e di vivere la gravidanza come scelta, vi siano ancora spazi per il clandestino certamente favoriti anche dal comportamento di molti operatori della salute, che hanno la coscienza inquieta. Quella stessa coscienza inquieta che avevano gli stessi che negli anni precedenti la approvazione della legge 194 non vedevano le donne che arrivavano agli ospedali di notte con emorragie certamente provocate o con uteri perforati, che noi ginecologi classificavamo come aborti spontanei. Quella stessa coscienza inquieta che negli anni precedenti la 194 lasciava in-

VINCENZO BORRUSO

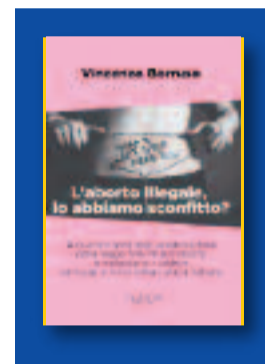
L'aborto illegale, lo abbiamo sconfitto?

Nulla Die edizioni

<http://nulladie.com/>

Nuovo Ateneo, 75 pagine

ISBN:978-88-6915-123-1



L'aborto illegale non lo abbiamo ancora sconfitto, ma, se ci impegniamo nell'ambito della prevenzione delle gravidanze non desiderate, potremmo anche riuscire ad avvicinare questo obiettivo

differenti alla pratica dell'aborto clandestino i rappresentanti di molti partiti politici e della stessa Chiesa cattolica, che facevano finta di non vedere e di non sentire.

Che in Italia l'obiezione di coscienza sia molto diffusa, e che in alcune Regioni italiane sia talmente presente da rendere difficile l'esercizio di un diritto garantito da una legge dello Stato, è un dato di fatto. Ciò dovrebbe fare pensare le istituzioni nazionali, regionali e locali, per mettere in moto la loro coscienza sociale onde limitare questo problema, che si pone in netto contrasto contro la libertà di scelta della donna sancita da una legge dello stato.

Ed è su questo punto che i ginecologi tutti dovrebbero fermarsi a meditare nella loro attività quotidiana, in modo che la coscienza non sia talmente elastica da farci entrare tutto ciò che fa comodo, incluso ciò che risulta scomodo a farsi. La nostra professione è difficile, impegnativa, e talora induce a fare delle scelte dolorose. Ma è su questo che si cimenta il valore della professionalità.

L'aborto illegale non lo abbiamo ancora sconfitto, ma, se ci impegniamo nell'ambito della prevenzione delle gravidanze non desiderate, potremmo anche riuscire ad avvicinare questo obiettivo. Oggi i mezzi anticoncezionali sono più facilmente disponibili, e i ginecologi e tutti gli operatori della salute sessuale e riproduttiva possono facilmente impegnarsi ad aumentare l'utilizzo della contraccezione sicura per chiudere il più possibile gli spazi alle probabilità di aborto, legale o illegale che sia. **Emilio Arisi**

