

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 5 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

FECONDAZIONE ETEROLOGA L'isola è pronta a partire
Arru: «Decisioni rapide» L'assessore: «Porterò subito la
questione all'attenzione della giunta regionale»
Nell'isola ci sono tre centri, tutti pubblici, dove è già possibile
eseguire la pratica

La Sardegna è tecnicamente pronta a procedere e la Giunta deciderà se andare avanti con la fecondazione eterologa prima che il Parlamento legiferi. Lo ha annunciato ieri l'assessore regionale della Sanità Luigi Arru subito dopo il via libera della Conferenza delle Regioni al documento con le linee guida sulla fecondazione eterologa, che sarà inserita nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) per le donne in età fertile. Per la Sardegna era presente l'assessore degli Enti Locali, Cristiano Erriu. Arru ha assicurato che porterà la questione già nelle prossime ore all'attenzione dell'esecutivo regionale. Nell'isola ci sono tre centri, tutti pubblici, dove è possibile eseguire la fecondazione eterologa con gameti maschili e femminili, nessuno privato: i reparti di Ginecologia dell'Ospedale Microcitemico e quelli delle cliniche universitarie di Cagliari e di Sassari. Nell'isola circa 100 coppie all'anno si recano all'estero per sottoporsi alla fecondazione eterologa, ed è una delle regioni con il più alto numero di richieste. L'accordo tra tecnici e funzionari regionali sulle nuove norme era necessario dopo la sentenza del 9 aprile della Corte Costituzionale che ha tolto il divieto di ricorrere a un donatore esterno di ovuli o spermatozoi nel caso di infertilità assoluta: in base alle linee guida, la fecondazione eterologa sarà gratuita o con ticket, ma solo per le donne «riceventi» in età potenzialmente fertile. Il limite è stato fissato a 43 anni. Tra le altre novità il bambino nato da eterologa potrà chiedere di conoscere l'identità del padre o della madre biologici una volta compiuti i 25 anni, ma sarà il donatore a decidere se rivelarsi o restare anonimo. La fecondazione eterologa è la fecondazione in cui il seme oppure l'ovulo che servono per la fecondazione non appartengono ai genitori ma a una persona esterna alla coppia. Esistono banche del seme in cui viene custodito il liquido seminale. I donatori

lasciano dei campioni che poi vengono conservati e utilizzati dalle coppie. Fanno ricorso alla fecondazione eterologa le coppie che desiderano un bambino ma non possono averne per problemi di infertilità di uno dei due componenti della coppia. La legge 40 del 19 febbraio 2004 aveva abolito in Italia la pratica della fecondazione assistita. In seguito la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimi alcuni aspetti della stessa legge 40. E si arriva fino all'aprile 2014, quando la Consulta ha sentenziato: è illegittimo, da un punto di vista costituzionale, il divieto di fecondazione eterologa per coppie non fertili.

SASSARI Task-force di psicologi per le maxiemergenze Completata l'Unità Ospedaliera, istituita nel 2013, con sei figure professionali Perplexità fra gli operatori del pronto soccorso: «Manca l'organizzazione»

Sono in arrivo sei psicologhe esperte in maxiemergenze nel pronto soccorso del Santissima Annunziata. Il gruppo di dirigenti, scelte dalla direzione generale della Asl tramite una graduatoria di avviso pubblico per titoli e colloquio, va a completare l'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera e delle Emergenze che era stata istituita con una precedente delibera il 17 gennaio del 2013. Alcuni mesi fa invece all'Unità era stato assegnato un responsabile, il direttore Fabrizio Demaria, che però fino a oggi si era ritrovato, pur con tanta buona volontà, a governare una scatola vuota. Ci sono state è vero delle riunioni motivazionali con il personale, medici e infermieri, che lavorano al pronto soccorso con un carico di lavoro spaventoso, ma oggi il direttore può contare su una squadra di specialisti. Psicologi che, come si legge nella delibera pubblicata di recente sul sito della Asl, dovranno dare sostegno ai pazienti e ai loro familiari «considerato che le maxiemergenze e le emergenze quotidiane comportano in chi le subisce la percezione di una catastrofe personale, che le strutture afferenti al Dea e le strutture ospedaliere spesso affrontano eventi a forte rischio traumatico per i soggetti colpiti e per le persone connesse e che di fronte a fatti drammatici e improvvisi esiste una destrutturazione degli schemi cognitivi con la difficoltà di accettare l'interruzione della rappresentazione personale di continuità dell'esistenza oltre all'irrompere di vissuti emotivi esacerbati dalla drammaticità dell'evento». Una novità, quella dell'arrivo delle psicologhe (sono tutte donne) che però ha lasciato perplessi molti degli operatori del pronto soccorso i quali obiettano che di maxiemergenze nell'ospedale di Sassari non c'è il ricordo. «La maxiemergenza ce l'abbiamo tutti i giorni nell'accogliere la marea di persone che si presentano, nella maggior parte dei casi con motivazioni inappropriate, intasando il triage quando invece sarebbe più opportuno che il territorio, con le guardie mediche e i medici di famiglia, facesse da filtro per evitare il continuo affollamento e i ricoveri inutili nei reparti», si mormora nei corridoi del Santissima Annunziata. Secondo i medici e gli infermieri dell'emergenza sarebbe stato più utile riorganizzare la distribuzione dei pazienti nei reparti per evitare l'imbarazzante - oltre che disagiata - utilizzo delle barelle per ospitare per più giorni gli ammalati in mancanza di posti letto. «I posti letto sono diminuiti - dice qualcuno - ma non gli accessi quindi ci

ritroviamo perennemente sotto stress per piazzare i pazienti da una parte o dall'altra». Benvenuti gli psicologi, dunque ma, dicono i medici del pronto soccorso, che qualcuno pensi alle condizioni del nostro lavoro.

OZIERI Ortopedia, chiusa la sala operatoria Dirottati su Sassari più di 260 interventi già in programma. La protesta di pazienti, operatori sanitari e politici locali

Levata di scudi e massima mobilitazione delle istituzioni dopo la chiusura della sala operatoria dell'unità di Ortopedia dell'ospedale Segni. Lo stop è stato decretato qualche giorno fa per motivi di sicurezza: un problema non nuovo, in realtà, ma mai risolto in attesa del completamento dei lavori del mini blocco operatorio. La chiusura della sala operatoria ha provocato, come è ovvio, pesanti ricadute sull'attività del reparto di Ortopedia, vero e proprio fiore all'occhiello del Segni per qualità e quantità di interventi svolti. Già più di 260 operazioni previste sono state dirottate su Sassari, ma la lista di attesa è lunga e la mancanza di notizie desta grande preoccupazione tra i pazienti, gli operatori e i rappresentanti istituzionali. Questi ultimi sono già sul piede di guerra, a cominciare dal sindaco Leonardo Ladu, che ha già chiesto un incontro con l'assessore alla Sanità Luigi Arru e l'intervento del Prefetto di Sassari per fare piena luce sulla vicenda. «Otto anni fa, dico otto anni, per fare fronte alle criticità delle sale operatorie dell'ospedale di Ozieri - dice Ladu -, l'allora in carica assessore Dirindin aveva disposto un copioso finanziamento a favore della Asl di Sassari per realizzare il nuovo blocco operatorio. La gestazione dell'opera, decisamente troppo lunga e sospetta, è ancora inspiegabilmente "in itinere", le criticità operative delle sale utilizzate permangono e nessuno accerta responsabilità su questa incredibile pratica amministrativa. In attesa di realizzare il nuovo blocco operatorio si era deciso di allestire i locali idonei per la sistemazione di una vecchia sala operatoria (il citato mini blocco, ndr) ma i lavori, di limitata entità, iniziati quattro anni fa, dico quattro, ritenuti allora di somma urgenza e che dovevano concludersi entro due mesi, sono ancora in corso. Dopo il danno la beffa, la Asl di Sassari scopre dopo otto anni che le sale operatorie utilizzate non sono idonee e, dopo non avere realizzato le opere programmate e finanziate per porvi rimedio, decide la chiusura della sala operatoria delle divisioni di Ortopedia e Chirurgia perché non pienamente conforme alla normativa e di trasferire l'attività all'unica sala operatoria disponibile, con un solo letto e di cui non dice che è pur essa non idonea. La sala operatoria dell'Ortopedia/Chirurgia è stata chiusa dopo segnalazione di dirigenti che pure fino a poco tempo prima, da tempo immemorabile, l'avevano utilizzata senza nulla obiettare e non presenta problematiche dissimili da tutte le altre sale dell'Asl di Sassari e di molti ospedali della Sardegna. Pertanto la decisione assunta risponde alla semplice logica distruttiva di un ospedale che, per restare all'Ortopedia, svolge servizi eccellenti. Chiediamo quindi alla dirigenza della Asl e dell'ospedale - conclude - di operare con buon senso, attuando le decisioni già assunte e contrastando le sollecitazioni corporative che nascondono interessi personali e di gruppi e sono indifferenti ai bisogni della gente. I cittadini di Ozieri e del territorio non possono

subire l'ennesima inefficienza sanitaria programmata». Sul tema è inoltre già pronta una interrogazione del capogruppo di Sel in consiglio regionale Daniele Cocco, che parla di «chiusura senza giustificazioni» di un servizio di assoluta eccellenza e chiede a sua volta un intervento urgente dell'assessore

L'UNIONE SARDA

Eterologa, la Sardegna c'è Tre i centri attrezzati. Arru: noi al via prima della legge Ogni anno 100 coppie sarde vanno all'estero

I presidenti delle Regioni sono andati dritti per la loro strada e, ignorando critiche e malumori, ieri a Roma hanno approvato all'unanimità le linee guida sulla fecondazione eterologa messe a punto dai tecnici regionali e poi vagliate dagli assessori alla Sanità. Ora ogni Regione dovrà recepirle con delibere proprie, cercando di stabilire delle linee guida comuni, almeno in attesa che il Parlamento si decida a regolamentare la materia con una legge.

CONFERENZA DELLE REGIONI «Con le linee guida sull'eterologa le Regioni hanno mandato un segnale politico forte al Parlamento, a cui rivolgo un appello accorato perché legiferi», ha detto il presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino. E la Sardegna? Non sta a guardare. L'assessore Luigi Arru ha annunciato che «la Giunta deciderà se andare avanti con la fecondazione eterologa prima che il Parlamento legiferi, ed è in Giunta che porterò la questione già nelle prossime ore».

L'ASSESSORE Parole pronunciate dall'esponente della Giunta subito dopo il via libera della Conferenza delle Regioni. L'eterologa sarà inserita nei Lea (Livelli essenziali di assistenza) per le donne in età fertile: «La Sardegna, comunque, è tecnicamente pronta a procedere».

I CENTRI SARDI In Sardegna esistono tre centri, tutti pubblici, dove è possibile eseguire la fecondazione eterologa con gameti maschili e femminili, nessuno privato: i reparti di Ginecologia dell'ospedale Microcitemico e quelli delle cliniche universitarie di Cagliari e di Sassari. Sono circa 100 le coppie che ogni anno si recano all'estero per sottoporsi a fecondazione eterologa. Siamo una delle regioni con il più alto numero di richieste a causa dell'età elevata delle coppie e delle condizioni economiche disagiate che impediscono - alla maggior parte delle persone - di rivolgersi a centri esteri.

LE LINEE GUIDA Per la Sardegna ieri a Roma era presente l'assessore agli Enti locali Cristiano Erriu. L'accordo tra tecnici e funzionari regionali sulle nuove norme era necessario dopo la sentenza del 9 aprile della Corte costituzionale che ha tolto il divieto di ricorrere a un donatore esterno di ovuli o spermatozoi nel caso di infertilità assoluta: in base alle linee guida, la fecondazione eterologa sarà gratuita o con ticket, ma solo per le donne "riceventi" in età potenzialmente fertile. Il limite è stato fissato a 43 anni. Tre le altre novità il bambino nato da eterologa potrà chiedere di conoscere l'identità del padre o della madre biologici una volta compiuti i 25 anni, ma sarà il

donatore a decidere se rivelarsi o restare anonimo.

RIFORMA SANITARIA Intanto in commissione procede a ritmo serrato il dibattito sulla riforma sanitaria. Mercoledì sono state approvate le linee generali, l'articolo 1, che fissa il contenimento della spesa sanitaria.

SASSARI Truffa alla Asl Interrogatorio: il fisiatra fa scena muta

Tutto secondo previsioni e ieri mattina, davanti al gip del Tribunale di Sassari, il medico sassarese Massimo Pellicano si è avvalso della facoltà di non rispondere. Strategia difensiva obbligata, al momento, in attesa di conoscere tutti gli atti dell'inchiesta e delle indagini condotte dai Nas che, martedì scorso, hanno portato i carabinieri ad arrestare il professionista con l'accusa di truffa ai danni dell'Asl, peculato, falso e abuso d'ufficio.

Il suo avvocato, Nicola Satta, lo aveva già annunciato. Ieri mattina, davanti al pm Giovanni Porcheddu e al gip Giuseppe Grotteria, il fisiatra 56 enne ha fatto scena muta. «Una scelta obbligata - ha commentato il suo legale - considerando che non abbiamo ancora avuto modo di studiare gli atti processuali». Documentazione piuttosto consistente nella quale sono contenute le accuse al medico, molto noto in città. Dalla truffa ai danni del servizio sanitario nazionale (timbrava il cartellino in ospedale e poi andava a lavorare nel centro privato di medicina sportiva gestito dalla moglie) e sino al peculato. Secondo le indagini dei Nas, avrebbe utilizzato apparecchiature della Asl per visite private e si sarebbe appropriato della somma pagata da un utente e dovuta, invece, all'Azienda sanitaria. «Valuteremo ogni cosa - ha detto Nicola Satta - ma serve conoscere le carte. Molti documenti sono rimasti nell'ambulatorio di via Risorgimento, finito sotto sequestro. Ci appelleremo al Tribunale del Riesame per chiedere che venga rimesso in libertà. Per un professionista, questa è un'esperienza drammatica».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Fecondazione eterologa. Sarà nei Lea, ma solo per donne in età fertile. Ecco le regole secondo le Regioni

Gli interventi saranno a carico del sistema sanitario solo per le donne che non superano i 43 anni di età, tutte le altre in "età fertile" dovranno mettere mano al portafogli. Limite massimo di 10 nati per donatore che se donna non dovrà avere tra i 20 e i 35 anni tra i 18-40 anni se uomo. Per il nascituro il colore di pelle dei neo genitori. IL DOCUMENTO DELLE REGIONI

Massimo 10 nati per donatore, però la coppia che ha già avuto un figlio da eterologa potrà averne altri sempre dallo stesso donatore. E gli interventi saranno inseriti nei Lea. Ma con un limite: saranno a carico del sistema sanitario solo per le donne che non superano i 43 anni di età, tutte le altre in "età fertile" dovranno mettere mano al portafogli. E ancora, la donazione di gameti è consentita ai soggetti di sesso maschile

di età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 40 anni, e ai soggetti di sesso femminile di età non inferiore ai 20 anni e non superiore ai 35 anni.

Sono queste alcune delle direttive dettate nel documento tecnico per l'introduzione della fecondazione eterologa in Italia, approvato oggi all'unanimità, dalla Conferenza delle Regioni, convocata in via straordinaria per colmare il vuoto legislativo dopo la sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità del divieto di eterologa imposto per 10 anni dalla legge 40/2004. Un documento nato sul solco della delibera approvata dalla regione Toscana nel luglio scorso le cui direttive saranno recepite dalle Regioni con delibera di giunta regionale o con specifico provvedimento regionale. Regioni che, come si legge nelle premesse del documento, in assenza di una decisione del Governo "hanno condiviso la responsabilità di fornire direttive operative ed indicazioni cliniche omogenee al fine di rendere immediatamente esigibile un diritto costituzionalmente garantito su tutto il territorio nazionale, dimostrando capacità di governance nazionale".

"Un deciso passo in avanti per rendere effettivo l'esercizio di un diritto che è di tutti i cittadini" ha sottolineato già nella giornata di ieri il presidente della Conferenza delle Regioni, **Sergio Chiamparino**, che ha rimarcato, dopo il placet arrivato all'unanimità da parte dei presidenti, il suo apprezzamento per il lavoro svolto dalla Commissione e dagli assessori alla sanità di tutte le Regioni, e il risultato raggiunto che "ha un valore politico".

"Con le linee guida sull'eterologa le Regioni hanno mandato un segnale politico forte al Parlamento, a cui rivolgo un appello accorato affinché metta mano alla materia. Le Regioni hanno fatto ciò che in Italia non sempre avviene: abbiamo mantenuto gli impegni".

Chiamparino ha chiarito che "grazie anche alla sollecitazione della Toscana, quando il Governo ha deciso di non procedere con il decreto del ministro, abbiamo promesso, come Regioni, che avremmo predisposto delle linee guida nel più breve tempo possibile. Più breve di così non si può".

Comunque, in attesa di una legge le singole Regioni inizieranno quindi a operare "predisponendo le delibere, per chi ancora non lo ha fatto".

E l'accordo raggiunto ha incassato il plauso del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**. "Stamattina – ha chiarito Chiamparino – abbiamo incontrato con il vicepresidente della Conferenza, Stefano Caldoro, il ministro Lorenzin che si è detto d'accordo con le nostre proposte, anche perché tengono conto del decreto da lei messo a punto e ha garantito l'inserimento nei Lea". Ma dal presidente delle Regioni è arrivata anche una sollecitazione al Governo affinché approvi al più presto il riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2014: "Il ministro della Sanità Beatrice Lorenzin ha condiviso il riparto e le sue modalità. Ora auspichiamo che il Governo proceda velocemente alla ratifica del riparto e all'erogazione dei fondi".

Per quanto riguarda gli aspetti operativi, come ha spiegato l'Assessore alla Sanità della regione Liguria, **Claudio Montaldo**, l'orientamento è che il ticket che si paga attualmente per la fecondazione omologa, sia la base anche per l'eterologa: "Nelle prossime settimane lavoreremo per definire il costo del ticket e poi sulla base di quello, le regioni applicheranno i ticket cercando di evitare distonie. Ma il criterio è

che si adotti come punto di riferimento il costo della fecondazione omologa”. Montaldo ha poi spiegato che come per gli altri interventi ospedalieri, si potrà scegliere di praticare l’eterologa anche in una Regione diversa da quella di residenza.

Quali sono le direttive dettate dalle Regioni? Il documento indica punto chi sono i soggetti candidabili alla donazione e i criteri per la loro selezione, quali sono i test di screening per il controllo dei donatori. Si prevede la creazione di un registro regionale pre la tracciabilità del donatori/nati. I donatori rimarranno anonimi anche se, in caso di esigenze mediche del nato si potrà risalire alle informazioni sugli aspetti genetici del donatore. E ancora, non potrà essere selezionata la “tipologia” dei donatori fatta salva l’indicazione ai centri di garantire eccessive disparità tra le caratteristiche della coppia che accede al trattamento e quelle del donatore. In sostanza, il nato da fecondazione eterologa per quanto possibile manterrà lo stesso fenotipo della coppia ricevente ma, come specifica il documento “non è possibile per i pazienti scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore, al fine di evitare illegittime selezioni eugenetiche. In considerazione del fatto che la fecondazione eterologa si pone per la coppia come un progetto riproduttivo di genitorialità per mezzo dell’ottenimento di una gravidanza, il centro deve ragionevolmente assicurare la compatibilità delle principali caratteristiche fenotipiche del donatore con quelle della coppia ricevente”.

La donazione sarà totalmente gratuita, ma l’eterologa, ha specificato l’assessore alla sanità della regione Veneto, **Luca Coletto** “potrà comunque essere erogata, a pagamento, anche oltre l’età fissata, ma il costo sarà comunque enormemente inferiore a quelli da sopportare nei viaggi della speranza all’estero dove si deve pagare profumatamente anche la donazione ricevuta”. Coletto ha infine rilevato che “anche per simmetria giuridica con la fecondazione omologa, l’eterologa dovrà assolutamente essere inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza, perché è divenuta diritto costituzionalmente riconosciuto, e finanziata dallo Stato all’interno del Fondo Sanitario Nazionale”.

Infine se in un primo tempo si era pensato di garantire, per i bimbi nato da fecondazione eterologa, la possibilità di chiedere di conoscere l’identità del padre o madre biologici una volta compiuti i 25 anni di età, questa possibilità non è stata inserita nel documento finale approvato.

SOLE 24ORE SANITA'

Blocco contratti: sindacati medici all'assalto. Lorenzin: «presto sblocco del turn over»

La doccia fredda di ieri del ministro della Funzione pubblica, Marianna Madia, sul blocco dei contratti 2015 per tutti i dipendenti della Pa non è piaciuta per niente ai sindacati medici che - come prevedibile - stanno esprimendo una disapprovazione pressoché unanime per l'ennesimo rinvio ai danni del comparto pubblico. Gli stipendi

sono infatti congelati dal 2010, con un danno quantificato dall'Anaa di 29mila euro per ogni camice bianco.

Lorenzin: «Lo sblocco del turn over è vicino». Ma a raffreddare gli animi arriva nella serata di oggi la dichiarazione del ministro per la Salute, Beatrice Lorenzin, che ha definito quello della Sanità un settore «molto stressato» e non solo per quanto riguarda il blocco degli aumenti degli stipendi, «ma da un elemento ancora più importante come il blocco del turn-over». Il tema delle assunzioni è infatti presente nel patto della salute e, come ha ricordato il ministro, «ora ci sono due appuntamenti di attuazione del patto molto importanti di cui il primo a ottobre, in cui si andranno a profilare le soluzioni che abbiamo già adottato nel patto e cioè di reinvestire i risparmi per facilitare lo sblocco del turn over».

Sindacati all'attacco. La reazione dei sindacati alla dichiarazione del ministro Madia sul blocco dei contratti del pubblico impiego si può sintetizzare nel commento della Confederazione sindacale dei medici e dirigenti Ssn: «Il Governo non porterà il Paese fuori dalla crisi facendo la pelle alla pubblica amministrazione e ai suoi lavoratori impegnati in settori fondamentali della vita civile quali sanità, scuola, giustizia». Per la Cosmed infatti non si registra: «Nessun cambio di passo. Cambiano governi e legislature ma la ricetta è sempre la stessa, senza discontinuità» e anzi, si denota una mancanza di fantasia da parte del Governo poiché: «Il prelievo sui dipendenti pubblici è stato e continua ad essere lo strumento più facile e sicuro per fare cassa» e sottolinea l'assenza di un tavolo contrattuale «per discutere la parte normativa, come imponeva la legge di stabilità 2013», denunciando una serrata governativa che nei fatti appare come «una fuga sistematica dal confronto con la realtà e con le rappresentanze dei cittadini lavoratori». E lo stesso scenario si ripete nelle dichiarazioni di tutti gli altri sindacati. Costantino Troise (Anaa) accusa il governo di «rastrellare risorse dai soliti», denunciando una perdita d'acquisto mensile per i medici di circa 450 euro. Si dice delusa la Cimo, il segretario Riccardo Cassi, si aspettava almeno «qualche piccolo segnale di apertura sul blocco del tetto retributivo individuale, che comprende ad esempio l'indennità di esclusività». Conti alla mano «sono oltre 1800 i giorni di blocco contrattuale» rilancia Massimo Cozza (Cgil Medici), «in sanità piove sul bagnato, perché al blocco del contratto si aggiunge il blocco del turnover». Fabio Cricelli (Aaroi-Emac) teme che lo stallo si possa spingere a tutto il 2016 e che l'intenzione del governo sia di «andare a scardinare il sistema delle tutele dei lavoratori e della rappresentatività sindacale. Ridurre le garanzie dei camici bianchi è uno dei tanti modi per attaccare la sanità pubblica, che del sistema sono gli attori principali». Nessuna sorpresa sulla penuria di fondi per Mauro Mazzoni (Fassid): «mi stupisce molto di più la modalità con la quale questo governo manda a dire a lavoratori e organizzazioni di rappresentanza le sue decisioni senza neanche spendere tempo per una circolare. Davvero un bel cambio di passo, che fa rimpiangere i sistemi dei veri padroni di antica memoria». Al coro si aggiunge la Federazione veterinari e medici: «Ancora una volta il governo fa cassa attraverso il bancomat dei dipendenti pubblici».

Negativi anche gli infermieri. Calcolatrice alla mano anche per Annalisa Silvestro (Ipasvi): «Gli infermieri - spiega la Federazione - hanno perso dal 2009 al 2014, per

colpa del blocco dei contratti, circa il 22% del loro potere di acquisto. Significa che la loro retribuzione - che dal 2009 al 2012, ultimo anno di rilevazione ufficiale dell'Economia è salita solo di 250 euro l'anno - è come se fosse calata di 7-8mila euro». Il congelamento delle buste paga per il 2015 porterebbe un calo di un quarto del valore del loro stipendio. E conclude «Il Governo cerchi altre fonti di tagli e risparmi: chi lavora per la tutela della salute dei cittadini con turni, reperibilità e carenze di organici non può più essere il bancomat per far fronte a vecchi sprechi e nuove esigenze di risparmio».

Senza mezzi termini, gli infermieri Nursind si dichiarano pronti a scioperare nel mese di ottobre: «Sappiamo - aggiunge il sindacato - che il governo se ne farà una ragione della nostra manifestazione, speriamo che i cittadini se ne facciano altrettanta quando non troveranno i servizi all'altezza delle aspettative e quando si troveranno a pagare di tasca propria l'assistenza infermieristica che lo Stato non è in grado di garantire».

Eterologa, ecco il testo delle linee guida approvate dai governatori

Nel testo che regola l'accesso all'eterologa e che è stato appena approvato dai governatori i paletti sulla selezione dei donatori, rigorosamente anonimi, e delle coppie. L'indicazione: gli interventi di pma sia omologa che eterologa vanno inseriti nei Lea che saranno aggiornati entro il 31 dicembre, e in attesa di quella data le prestazioni saranno comunque considerate alla stregua di un livello essenziale di assistenza. Altolà all'eugenetica nella scelta dei donatori e compatibilità tra il fenotipo del donatore e la coppia ricevente. La premessa: direttive da recepire in ogni regione in attesa che il Parlamento legiferi in materia.

L'obiettivo dichiarato - come si legge nero su bianco nel documento - è «rendere omogeneo a livello nazionale l'accesso alle procedure eterologhe», concordando direttive per le regioni e le province autonome «che saranno recepite con delibera di giunta regionale o con specifico provvedimento regionale». Doppio il "faro" delle regioni, che innanzitutto guardano alla sentenza 162/2014 con cui la Consulta ha bocciato il divieto di eterologa imposto dalla legge 40/2004 e, dall'altra parte, richiamano esplicitamente la nota inviata al Parlamento l'8 agosto dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin, che continua a perorare la necessità di una legge pur apprezzando lo sforzo delle regioni di cercare, intanto, una linea comune. Non a caso, l'incontro di questa mattina è stato preceduto da un faccia a faccia Lorenzin-Chiamparino, che ha rimarcato una linea di indirizzo comune.

I contenuti. La donazione di cellule riproduttive da utilizzare nell'ambito delle tecniche di pma di tipo eterologo è «atto volontario, altruista, gratuito, interessato solo al bene della salute riproduttiva di un'altra coppia». Per questo è esclusa ogni forma di retribuzione, fatta salva la possibilità di prevedere incentivi analoghi alla donazione di cellule riproduttive così come avviene per la donazione di altre cellule, tessuti e organi. L'importazione e l'esportazione di gameti sono consentite, rispettivamente, solo da e verso istituti accreditati/autorizzati ai sensi della normativa

Ue.

All'eterologa sono ammessi solo coniugi o conviventi di sesso diverso, maggiorenni e in età potenzialmente fertile, entrambi viventi, per cui sia stata accertata e certificata una sterilità o infertilità irreversibile. E' "sconsigliata" la pratica eterologa tra le donne di oltre 50 anni, e per la donazione di gameti maschili è comunque rilevante l'età della partner, con le stesse limitazioni.

L'accordo trovato dalle regioni elenca le "indicazioni cliniche alla fecondazione eterologa" sia maschile che femminile, così come i paletti per la selezione dei donatori, che se maschi devono rientrare nel range 18-40 anni e se donne nella fascia 20-35. Test del seme, valutazione genetica, storia medica e valutazione clinica, analisi di laboratorio: ecco i cardini per la selezione dei donatori di gameti maschili, per cui è candidabile sia chi in modo spontaneo e altruistico decida di donare i propri gameti sia quanti a loro volta si stanno sottoponendo a un trattamento di fecondazione assistita, sia infine quanti hanno congelato gameti in passato e non volendo utilizzarli decidono di donarli. Criteri analoghi valgono per l'eleggibilità delle donatrici, di cui si ricorda nel testo come a differenza degli uomini, a causa della stimolazione ovarica, debbano affrontare «considerevoli disagio e rischi».

E' «fortemente raccomandato» sottoporre la donatrice di ovociti e il suo eventuale partner a una valutazione e una consulenza psicologica.

Il consenso informato. Tutti i donatori devono essere liberi di revocare, in qualsiasi momento e senza alcuna spesa o pretesa economica, da parte del centro pma che ha effettuato la raccolta e/o di quello che intendeva utilizzare i gameti, il consenso prestato per l'ulteriore impiego dei gameti. Dall'altra parte, la coppia ricevente va «compiutamente informata» del fatto che «risulta impossibile diagnosticare e valutare tutte le patologie genetiche di cui risultassero eventualmente affetti il donatore o la donatrice con ogni effetto consequenziale in relazione alla eventuale imputazione della responsabilità».

Il numero di donazioni. Ogni singolo donatore non può determinare più di 10 nascite, fatta salva la possibilità per una coppia che abbia già avuto un figlio tramite pma eterologa, di averne un altro dallo stesso donatore. I centri garantiscono la tracciabilità del percorso delle cellule riproduttive dalla donazione all'eventuale nascita. Nelle more dell'istituzione di un registro di un archivio centralizzato delle donazioni di gameti e in attesa della normativa Ue prevista per il 2015 sulla codifica delle singole donazioni, in via transitoria si prevede che il donatore/donatrice possa mettere i propri gameti a disposizione di un solo centro e che dichiarare, sotto la propria responsabilità, di non aver effettuato donazioni in altri centri. Vanno conservati i records dei donatori come fonte di dati medici per qualsiasi nato.

I costi. Stessi criteri per omologa ed eterologa sul fronte dei costi. Fino ai 43 anni della donna e per un massimo di 3 cicli, il trattamento è a carico del Ssn, poi si paga.

Scelrosi multipla: investire in ricerca per abbattere i costi della malattia

Investire nella ricerca innovativa sulla Sclerosi multipla e nella riabilitazione per ritardare o prevenire la progressione della malattia. E' questa l'unica chiave per abbatterne i costi sociali ed economici. L'impatto è rilevante: il costo medio annuo di un malato di sclerosi multipla è di 38 mila euro a persona, a cui si sommano 15 mila euro di costi intangibili. L'intervallo va dai 23 mila euro annui per una disabilità lieve fino ad arrivare ai 63 mila per una grave. E' quanto emerge da uno studio italiano pubblicato su «Neurological Science», che ha definito i costi sociali della sclerosi multipla, con un focus sui costi della riabilitazione rispetto all'onore totale dovuto malattia.

La ricerca è stata condotta dall'Associazione italiana sclerosi multipla (Aism) e la sua Fondazione, in collaborazione con le Università di Genova, Pavia e Siena, ed è stato finanziato dal ministero della Salute. Questo studio ha analizzato i costi socio-economici della sclerosi multipla nell'anno 2011 in Italia stimando i oneri sanitari e non, la perdita di produttività sul lavoro, ma anche i costi intangibili in relazione ai diversi stadi della malattia.

È stata misurata inoltre l'associazione tra spesa e variabili socio-demografiche e cliniche. In particolare, lo studio ha valutato in dettaglio l'impatto della spesa per la riabilitazione sul costo totale della malattia.

Ebbene, 1.686 persone con SM sono state arruolate in tutta la Italia da centri clinici, Unità di riabilitazione e tra i membri dell'Aism. All'epoca dello studio i malati stimati in Italia erano 68.000. Tutti i dati sono stati raccolti tramite un questionario disegnato specificatamente per identificare solo i costi dovuti alla sclerosi multipla.

Lo studio ha dimostrato che la malattia ha "un forte impatto economico e sociale sia per le famiglie stesse dei malati che per l'intera società italiana". In particolare, i costi dovuti alla riabilitazione ammontano a 3.418,4 euro (26,7% dei costi sanitari) dei quali una quota considerevole sono dovuti al ricovero in ospedale per riabilitazione.

«Ciò suggerisce come una miglior qualità dei servizi riabilitativi sul territorio potrebbe ridurre tali costi». Il costo sociale medio annuo per paziente è di circa 38mila euro, a cui si sommano oltre 15 mila euro dovuti ai costi intangibili. Si stima complessivamente che i costi sociali per il 2011 raggiungano oltre i 2,5 miliardi di euro.

L'analisi multivariata ha evidenziato una tendenza costante dell'aumento del costo totale in relazione alla progressione della gravità della malattia, alla presenza di recidive e a una peggiore qualità della vita.

«Il nostro studio mostra come la sclerosi multipla rappresenti un costo economico e sociale rilevante per le persone malate e per l'intera società italiana - commenta Mario Alberto Battaglia, presidente della Fism - E' una malattia cronica di lunga durata perché coinvolge per lo più i giovani tra i 20 e i 30 anni. Con l'aumentare della gravità della malattia aumentano anche i costi che saranno certamente destinati a crescere negli anni, se non si troveranno adeguate soluzioni. Investendo nella ricerca innovativa e nella riabilitazione si potrebbe arrivare a ritardare o prevenire la progressione della

malattia, riducendo i costi economici e aumentando la qualità della vita delle persone».

DOCTOR33.IT

Accesso a scuole di specialità, Sigm aiuta a sciogliere i dubbi

All'approssimarsi dei test di ammissione alle scuole di specializzazione in medicina, l'Associazione italiana giovani medici (Sigm) ha pubblicato sul proprio sito una serie di chiarimenti rivolti ai neolaureati che hanno intenzione di partecipare al concorso. Curato in collaborazione con il Comitato nazionale aspiranti specializzandi (Cnas), il documento riassume innanzitutto le date e le scadenze, per poi rispondere ad alcuni dei dubbi che ancora potrebbero rimanere.

Riguardo alle tempistiche si ricorda che la data della prima prova, comune a tutte le scuole, è fissata per il prossimo 28 ottobre, mentre la seconda avverrà il 29 per l'area medica, il 30 per l'area chirurgica e il 31 per l'area dei servizi. Le iscrizioni sono già aperte ma, in ragione del fatto che la procedura di iscrizione telematica viene applicata per la prima volta, Sigm consiglia agli aspiranti specializzandi di non avere fretta di perfezionare l'iscrizione al concorso nazionale nei primi giorni, ma di aspettare che mano a mano siano implementate dal Miur le Faq sul portale university.it, che deve essere considerata l'unica fonte ufficiale di riferimento.

I Giovani medici approfondiscono poi il rapporto tra le tempistiche del concorso nazionale di accesso alle scuole di specializzazione e del concorso di accesso al corso specifico di medicina generale, ricordando tra l'altro che «una circolare del ministero della Salute ha prorogato di 60 giorni il termine utile per la riutilizzazione di eventuali contratti per il corso di formazione specifica in MG, permettendo in questo modo di sopperire alle rinunce che seguiranno alla pubblicazione delle graduatorie del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione».

Quanto ai contratti non assegnati dopo lo scorrimento di tutta la graduatoria, il documento precisa che saranno rimessi in circolo al prossimo concorso, previsto nella primavera del 2015. Dopo aver chiarito i possibili dubbi su curriculum e certificazioni richieste, il documento fornisce alcune precisazioni riguardo al contenuto e alla formulazione dei quesiti, all'iscrizione, allo svolgimento della prova e alle graduatorie.

Ricetta elettronica, Mmg avvertono: fin qui pochi vantaggi e rischio frodi

«Nella dematerializzazione delle ricette, oltre agli aumenti di costo (software, toner, carta) ci sono irrisolte criticità che il medico di famiglia rischia di esser lasciato solo a risolvere». **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro Studi Fimmg, parla

all'indomani dell'annuncio del Veneto, dove da questo mese i 3320 mmg non rilasceranno più la ricetta ai pazienti ma un promemoria stampato su carta bianca (metà di un foglio A4) da consegnare al farmacista per ricevere le medicine. Il Veneto si aggiunge a Sicilia, Emilia Romagna e Trentino tra le regioni che hanno adempiuto alle richieste di mettere online le prescrizioni. L'obiettivo nazionale era l'80% in tutte le regioni entro il 2014 ma ci sono ritardi. E Misericordia evidenzia tre ordini problemi: Italia spaccata, frodi, privacy a rischio. «La de materializzazione – dice- in questa fase è una decolorazione: il promemoria da noi stampato mentre spediamo la prescrizione online al repository del Sistema d'accoglienza del ministero dell'Economia, che consente al farmacista di erogare il farmaco ove questi non riesca ad accedere via web alla prescrizione “remota”, dovrebbe da disciplinare tecnico “avere lo stesso formato in tutta Italia e deve sostituire eventuali modelli regionali già in uso, in modo che venga riconosciuto da tutti gli erogatori sul territorio nazionale. Ma purtroppo in questo “Paese delle meraviglie” sono già stati definiti almeno 6 modelli diversi. Ogni regione sta sostanzialmente facendo il suo».

Di più: «Molte regioni marcano nel promemoria spazi ad hoc per l'affissione delle fustelle dimenticando che le stampe o fotocopie di uno stesso promemoria potrebbero essere multiple (è consentito l'invio direttamente sulla email del paziente) anziché esemplari unici come l'attuale ricetta Ssn, resa irripetibile dalla firma del medico. C'è il rischio di iniziative fraudolente, così come in caso di blackout o di crash momentanei del sistema (forse inevitabili nelle fasi iniziali)». Terzo nodo: «Il sistema delle credenziali appare ancora lontano dall'autenticazione forte che costituirebbe il gold standard per queste condizioni autorizzative dando la certezza che chi prescrive è il medico di fiducia. Ci sono dubbi pure sulla privacy del paziente e le incombenze del medico: la prescrizione online è leggibile in teoria ad Asl e ministero dell'Economia ancor prima che il paziente decida di fruirne. Ma il paziente non lo sa, e non sottoscrive una delega di responsabilità al mmg. La possibilità inoltre di inviare l'intero promemoria al paziente con normale email è infine un'ulteriore fragilità; altro sarebbe permettere l'accesso al paziente, attraverso sue credenziali, alle proprie prescrizioni su adeguate aree riservate».

Test medicina, le alternative per ora non convincono

Il test per l'accesso alla facoltà di medicina, il famigerato quizzone, sembra ormai destinato alla pensione, ma le alternative sembrano non convincere chi esercita questa professione. «Non vorrei che dietro la presunta iniquità del quizzone si celi la volontà di abolire il numero programmato, una cosa che produrrebbe un danno ai giovani» spiega Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri). «Non si sa ancora molto su come cambieranno le cose, ma credo che il modello francese non sia applicabile a una realtà come quella italiana, in cui vi è un gap ben diverso tra domande e posti disponibili - aggiunge Bianco- e poi mi chiedo: chi ripagherà i ragazzi di un eventuale anno perso?». Cauta anche l'Ipasvi, Federazione nazionale collegi infermieri. «Per adesso si parla solo di ipotesi, in ogni caso è chiaro che le modalità

vanno riviste, ma un eventuale ipotesi di abolire ogni forma di selezione all'ingresso ci lascia perplessi -spiega la presidente Ipasvi, Annalisa Silvestro - bisogna ricordare che le professioni sanitarie hanno una parte teorica e cognitiva e una parte più pratica, legata invece ai tirocini e agli stage, e le maggiori difficoltà se non ci fossero filtri all'ingresso potrebbero nascere proprio in quest'ultimo ambito». Dal canto suo il ministro Giannini sembra non avere dubbi sull'inutilità del quizzone che, spiega «non è il migliore strumento possibile per scegliere i migliori studenti». «È utile sapere chi è Chomsky per studiare medicina? si è interrogata il ministro- non credo che siano questi i punti per valutare chi vuole fare il medico nella vita».

DIRITTO SANITARIO Indennità per rischio radiologico alla chirurgia ortopedica

I giudici della Corte d'appello, nel ribaltare la pronuncia del Tribunale che aveva escluso l'indennità di rischio radiologico per alcuni medici chirurghi plastici della mano e altri medici ortopedici, hanno evidenziato alcune contraddizioni della C.T.U. e, discostandosi dalle conclusioni del perito, hanno precisato l'esistenza di ulteriori elementi di valutazione ai fini dell'accertamento dell'intensità quantitativa e qualitativa dell'esposizione al rischio. Nel caso specifico, a differenza dei chirurghi generici, gli specialisti ortopedici o della mano, dovendo talora ricorrere nel corso degli interventi ad un esame diretto sotto radiografia per i loro interventi, non possono indossare i pesanti abiti di protezione, che sarebbero d'ostacolo, né possono allontanarsi dal paziente o munirsi dell'apposito anello rivelatore dell'intensità delle radiazioni assorbite, restando in tal modo, nei momenti in cui operano, senza potersi avvalere dei dispositivi di protezione cui fanno ricorso gli altri medici esposti alle radiazioni. Pertanto, il rischio radiologico, presupponendo la condizione dell'effettiva esposizione connessa all'esercizio non occasionale né temporaneo di determinate mansioni, può essere riconosciuto, indipendentemente dalla qualifica rivestita, in relazione alle peculiari posizioni di quei lavoratori che si trovano esposti, per intensità e continuità, a quello normalmente sostenuto dal personale di radiologia, spettando al giudice di merito accertare la sussistenza di tali condizioni. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza

ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584