

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
13 GENNAIO 2014

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Chirurghi contro pubblicità pro contenzioso, situazione insostenibile

Prendono carta e penna i chirurghi italiani per esprimere, in una lettera indirizzata al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, al Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati **Pierpaolo Vargiu** e alla Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato **Emilia De Biasi** «aspre critiche allo spot televisivo Obiettivo Risarcimento, che invita le vittime di presunti casi di malasana a intraprendere iniziative giudiziarie per reclamare un risarcimento danni».

«Nel 95% dei casi queste cause si concludono con esito favorevole nei confronti del medico, dopo aver procurato, tuttavia, stress ai pazienti e agli stessi operatori sanitari, nonché ingolfato i tribunali» si legge nella lettera firmata da **Nicola Surico**, presidente del Collegio italiano dei chirurghi. «Il collegio italiano chirurghi è al fianco dei pazienti e delle loro associazioni che giustamente chiedono un equo risarcimento nei casi accertati di malpractice e li invita a una sana alleanza al fine di tutelare non solo i cittadini ma anche i medici, spinti sempre più verso una medicina difensiva molto costosa e, da qualche tempo, anche astensiva, poiché evitano casi difficili e ad alto rischio che potrebbero sfociare in un contenzioso medico-legale» si evidenzia ancora nella lettera. Nel testo infine i chirurghi, denunciando «una situazione ormai insostenibile per gli alti costi delle polizze assicurative e per la “fuga” delle Società Assicurative», sollecitano «il Parlamento ad accelerare l'iter legislativo in corso presso le Commissioni Parlamentari affinché si arrivi quanto prima ad una giusta soluzione relativa al contenzioso medico-legale, che possa ridare serenità al lavoro dei medici e soprattutto far sì che si recuperi quel rapporto di fiducia tra medico e paziente da tempo deteriorato».

Fiaso: debito delle Asl ridotto di oltre il 50%

Il debito delle Aziende sanitarie verso le imprese creditrici è più che dimezzato. È quanto emerge dai dati dell'ultima survey della Fiaso presso le aziende sanitarie, da cui risulta che è stato “agredito” circa il 56% del debito arretrato al 31 dicembre 2012. La rilevazione riguarda 184 aziende, circa il 75% del totale ed è quindi estremamente rappresentativa, oltre che aggiornata. Il dato si allinea nella sostanza a quanto emerso dalle ultime cifre fornite da Assobiomedica, che indicano, tra gennaio a novembre dello scorso anno, una riduzione che sfiora 1,4 miliardi di euro nei crediti delle imprese farmaceutiche e del settore biomedicale verso Asl e ospedali, in aggiunta a un abbattimento del 30% nei tempi di pagamento. Valerio Fabio Alberti, presidente della Federazione di Asl e ospedali, esprime soddisfazione per i risultati raggiunti, ma invita a non accontentarsi e a incidere sulle cause che hanno prodotto i debiti. Se il presidente di Assobiomedica, **Stefano Rimondi**, ritiene «necessario che a

livello centrale sia sanato il pregresso con un'altra iniezione di liquidità», il presidente Fiaso riconosce che «i finanziamenti straordinari che incidono sul debito pregresso sono importanti, ma se i flussi ordinari di cassa non sono adeguati è evidente che si continua a perpetuare un meccanismo che alimenta e ricrea il debito». E in questo ambito le difficoltà permangono: «I flussi ordinari non sono ancora idonei a garantire una situazione di correttezza e tempestività». La situazione è molto diversificata sul territorio nazionale e, secondo Assobiomedica, sono solo cinque le Regioni che hanno utilizzato tutte le risorse dei debiti: Emilia Romagna, Toscana, Liguria, Puglia e Campania; quest'ultima ha fatto registrare anche la riduzione più consistente nei tempi di pagamento. Ma Fiaso denuncia le difficoltà segnalate direttamente dalle aziende, dovute essenzialmente dalla pesantezza delle procedure e si dice pronta «a mettersi a disposizione perché nessuno meglio di chi opera in trincea può dare suggerimenti e riflessioni utili a migliorare il meccanismo: la comunicazione tra le aziende e gli organismi centrali deve essere migliorata».

Vaccinazione antinfluenzale, Commissione europea bacchetta i Paesi membri

Mentre in Italia i casi di influenza sono in crescita e si attende il picco per fine gennaio, la Commissione europea pubblica un rapporto che decreta il fallimento, nella stagione 2011-2012, nel raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale nella popolazione anziana degli Stati membri. In quella stagione, solo i Paesi Bassi avevano superato (di poco) la soglia della copertura al 75%, valore stabilito nel 2009 da una Raccomandazione del Consiglio europeo. Anche la Gran Bretagna aveva sfiorato l'obiettivo, con il 74% degli anziani vaccinati, ma negli altri 16 Stati che avevano fornito dati in merito, le percentuali erano molto inferiori, dal 64,1% fino addirittura all'1,7% dell'Estonia; in particolare, l'Italia aveva raggiunto il 62,7% preceduta, oltre che da Paesi Bassi e Regno Unito, soltanto da Francia e Spagna. Il rapporto individua alcuni degli ostacoli che si frappongono al raggiungimento di una copertura tale da ostacolare la diffusione del virus influenzale. C'è in primo luogo una bassa percezione del rischio, incluso quello di contagiare altre persone: si segnala in particolare la gravità che questo fattore assume tra gli operatori sanitari. Restano nella popolazione timori diffusi di possibili effetti collaterali associati alle vaccinazioni, dubbi sulla loro reale efficacia e un'ampia diffidenza a livello emotivo contro i vaccini; ci sono poi problemi legati ai costi, alla disponibilità e alla convenienza. In generale, gli esperti della Commissione ritengono che vi sia una carenza di informazione corretta sul problema e chiamano in causa i media a maggiore diffusione. Il documento riporta anche i dati relativi ad alcuni gruppi per i quali la vaccinazione assume un'importanza particolare. L'esempio tipico è costituito dai malati cronici: sono disponibili solo i dati di sei Paesi, Italia esclusa, e indicano percentuali variabili dal 6,4% fino a un massimo del 54,4%. La stessa carenza di dati è ritenuta la cartina al tornasole dello scarso impegno profuso dai Paesi europei per raggiungere la copertura vaccinale raccomandata.

DIRITTO SANITARIO Incompatibilità personale medico Ssn e accreditamento strutture private

Le norme che regolano l'incompatibilità del personale medico del Ssn contenute nella legge n.412/91 sono poste a tutela della esclusività del rapporto lavorativo in funzione della

valorizzazione e della migliore utilizzazione del servizio dei medici: da qui l'assoluto divieto, per il medico del servizio pubblico, di instaurare rapporti ulteriori o detenere la titolarità o la compartecipazione di quote di imprese in potenziale conflitto di interesse, divieto sanzionato disciplinarmente dalla normativa sull'impiego del personale del Ssn. Tale disciplina, nell'ambito della diversa fattispecie disciplinante le condizioni di accreditamento di cui all'art. 1 co.19 della legge n.662/1996 preclude alle istituzioni sanitarie private l'impiego di medici dipendenti del Ssn per la erogazione delle proprie prestazioni assistenziali: la disposizione in questione viene ad assumere una portata specifica e circoscritta riferita alla struttura privata erogante la prestazione sanitaria imponendo, nel primo periodo, che la struttura privata debba "documentare la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale e con piante organiche a regime", nel secondo periodo, strutturalmente collegato, stabilendo che l'esistenza di situazioni d'incompatibilità preclude l'accreditamento e comporta la nullità dei rapporti eventualmente instaurati con le unità sanitarie locali.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Influenza. L'UE lancia l'allarme. Solo l'Olanda raggiunge l'obiettivo del 75% di vaccinati. L'Italia attorno al 60%

Su 23 nazioni, solo i Paesi Bassi centrano il target per le persone anziane. Mentre 12 Paesi si fermano ad una copertura del 40-60%. In generale sembra che l'implementazione non rappresenti una priorità assoluta. Bassa copertura anche per donne incinte e operatori sanitari. Questi i risultati di un'analisi ad interim dell'ECDC. Il documento

Alla fine del 2009 il Consiglio Europeo emanava una raccomandazione sulla 'vaccinazione contro l'influenza stagionale' (2009/1019/EU), che invitava gli Stati membri e le Nazioni SEE (Spazio Economico Europeo) a prendere provvedimenti per mitigare l'impatto dell'influenza stagionale, attraverso piani e politiche nazionali, regionali o locali, mirati ad aumentare la copertura vaccinale. L'obiettivo fissato è il raggiungimento - se possibile entro la stagione 2014-15 - di un tasso di copertura del 75% per le fasce di popolazione più anziane. Veniva auspicato inoltre di estendere questo target anche ai pazienti con patologie croniche (respiratorie, cardiovascolari, metaboliche, immunodeficienze) e ad altri gruppi a rischio (es. donne incinte e bambini). Gli Stati Membri sono incoraggiati a migliorare il tasso di copertura vaccinale tra gli operatori sanitari. Tra le attività di contorno si raccomanda la ricognizione delle cause alla base della mancata vaccinazione di alcuni gruppi e la messa in campo di iniziative educative e informative in grado di rimuovere gli eventuali ostacoli.

Allo stato attuale, il raggiungimento di questi target va contestualizzato nel difficile periodo economico che attraversano diversi Stati dell'UE. E tuttavia gli esperti invitano a

considerare la vaccinazione uno strumento con un buon rapporto di costo-efficacia, se non addirittura cost-saving, a vantaggio della salute dei cittadini.

La Commissione è stata invitata a riferire con regolarità al Consiglio sullo stato di implementazione della Raccomandazione, sulla base dei dati forniti dai singoli Stati.

Un documento (Commission Staff Working Document) della Commissione, appena licenziato e basato su un'analisi ad interim dell'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), descrive dunque lo stato di implementazione della Raccomandazione. I dati presi in considerazione nella stesura dal rapporto dell'ECDC provengono da due fonti: la survey annuale del progetto VENICE (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort), che raccoglie i dati sulla copertura vaccinale antinfluenzale, forniti dalle istituzioni sanitarie pubbliche (es. Ministeri della Salute) e un questionario supplementare, sviluppato dall'ECDC per raccogliere ulteriori informazioni, rilevanti ai fini della Raccomandazione del Consiglio.

1. Politiche e piani di azione nazionali, regionali, locali

Quasi tutte le Nazioni europee (tra queste l'Italia) hanno messo in atto strategie o politiche nazionali e/o regionali per l'influenza stagionale. Quattordici Nazioni (tra le quali l'Italia) hanno anche fatto una stima dei costi di varie attività, quali iniziative dedicate alle popolazioni a rischio per migliorare l'awareness e l'accesso alla vaccinazione, al fine di aumentare i tassi di copertura. Dieci Paesi (tra cui l'Italia) su 14 hanno comunicato un adeguato stanziamento di fondi per l'implementazione del piano.

2. Anziani

Ventitre Nazioni hanno fornito dati sulla vaccinazione anti-influenzale tra la popolazione anziana. Di queste, 12 Nazioni hanno comunicato un tasso di copertura tra il 40 e il 60% (per l'Italia negli ultimi anni la copertura in questa classe d'età è stata del 60% circa). Solo l'Olanda ha raggiunto o addirittura superato l'obiettivo del 75%, mentre il Regno Unito è prossimo al traguardo. L'impressione generale rimane tuttavia quella che l'implementazione della vaccinazione anti-influenzale non rappresenti una priorità assoluta.

3. Pazienti con patologie croniche

La maggior parte delle Nazioni UE non fa un monitoraggio dei tassi di copertura vaccinale tra i pazienti con patologie croniche e questo rende difficile stimare cosa stia effettivamente avvenendo. Anche in questo caso, per diverse Nazioni, l'aumento del tasso di vaccinazione in questi gruppi di pazienti non sembra rappresentare una priorità. L'Italia è uno dei Paesi che non ha fornito dati al riguardo.

4. Donne incinte e bambini

Sulla carta, diversi Stati Membri raccomandano la vaccinazione influenzale per le donne incinte; di fatto poi però manca un monitoraggio puntuale di queste attività. Le attuali evidenze scientifiche giustificano la vaccinazione antinfluenzale per le donne incinte e i bambini. Nella stagione 2011-12 in Italia sono stati vaccinati il 2,2% dei bambini tra 6 e 23 mesi e il 4,2% di quelli tra 2 e 4 anni.

5. Operatori sanitari

Nella maggior parte dei Paesi europei viene raccomandata la vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari; l'effettiva copertura raggiunta non viene però quasi da nessuno

misurata: solo 6 Nazioni hanno fornito dati per la stagione 2011-12 (l'Italia non è tra questi). I pochi dati disponibili indicano tuttavia un basso tasso di copertura vaccinale, rafforzando così l'impressione che non è stato fatto alcun passo avanti verso l'implementazione della vaccinazione tra gli operatori sanitari. Addirittura, la Romania, che nella stagione 2008-9 aveva vaccinato il 90% dei suoi operatori sanitari, è 'precipitata' a poco più del 50% nella stagione 2011-12.

Perché la gente non si vaccina?

1. Anziani, pazienti con patologie croniche, bambini e donne incinte

Tra le motivazioni raccolte nei diversi Paesi, quelle ricorrenti sono: scarsa percezione del rischio (compreso quello di contagiare altre persone), paura di possibili effetti indesiderati della vaccinazione o scarsa fiducia nella sua efficacia, scarsa accessibilità, problemi di costo (o di non rimborsabilità), scarsa informazione in generale sull'influenza e sulla vaccinazione, scarsi incentivi ai medici di famiglia per vaccinare contro l'influenza.

2. Operatori sanitari

Anche in questa categoria, gli ostacoli alla vaccinazione riscontrati sono: scarsa percezione del rischio, paura di possibili effetti indesiderati della vaccinazione o scarsa fiducia nella sua efficacia.

Iniziative messe in campo per abbattere le barriere

Nonostante la Raccomandazione incoraggi gli Stati Membri a migliorare l'informazione e l'educazione sull'influenza e la sua vaccinazione, scarsissimi progressi sono stati fatti al riguardo. Nella maggior parte dei Paesi, i tassi di copertura vaccinale tra le popolazioni target rimangono bassi o non vengono neppure monitorati. Inoltre non sembrano esserci all'orizzonte iniziative volte a rafforzare i programmi vaccinali, superare le barriere alla vaccinazione e aumentare i tassi di copertura.

Cervello. Ecco come adatta i sensi alla percezione dello spazio. Uno studio che potrà essere utile nella riabilitazione

I ricercatori dell'IIT hanno dimostrato che nella visione tridimensionale il cervello adatta i sensi alle dimensioni del nostro corpo, in particolare alla lunghezza del braccio, ottimizzando la percezione visiva sulla base di queste informazioni. Lo studio potrà avere applicazioni nello sviluppo di robot, protesi e tecniche riabilitative

La capacità di vedere il mondo in tre dimensioni dipende dai nostri sensi, ma in particolare da come il cervello li adatta, modificandone le percezioni, al crescere del nostro corpo. A studiare il meccanismo sono stati i ricercatori dell'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT) a Rovereto (Trento), che hanno scoperto che il modo in cui le informazioni visive sono elaborate è influenzato dalle capacità di afferrare gli oggetti con le braccia, e di conseguenza dalla dimensione degli arti: se le nostre braccia fossero più lunghe o più corte, il cervello riadatterebbe, in modo veloce, la sua capacità di interpretare gli stimoli sensoriali. La scoperta potrà avere applicazioni nel campo della robotica e nello studio di protesi e tecniche riabilitative. Lo studio, condotto dall'Active Vision del Center for Neuroscience and Cognitive Systems (CNCS) dell'IIT e coordinato dai ricercatori **Robert Volcic** e **Fulvio Domini**, è pubblicato su *The Journal of Neuroscience*.

Insomma, per determinare l'esatta dimensione degli oggetti la vista non è tutto, ma anche il cervello gioca la sua parte. A seconda della distanza da cui lo osserviamo, uno stesso oggetto può apparirci più grande o più piccolo di quanto sia realmente: tuttavia, il cervello è in grado di realizzare la misura con precisione a una distanza di una decina di centimetri. I ricercatori del CNCS hanno mostrato che tale distanza è determinata dalla capacità di afferrare e manipolare gli oggetti in quella posizione.

Nello studio, i ricercatori hanno preso in considerazione un campione di quaranta persone, studiando il comportamento singolo di ciascuna in un sistema di realtà virtuale sviluppato al CNCS di IIT. Questo sistema consentiva di alterare visivamente la lunghezza del braccio con il quale i soggetti raggiungevano oggetti virtuali. Prima e dopo questa breve sessione ai soggetti veniva chiesto di valutare la dimensione di oggetti 3D. I ricercatori hanno visto che **l'alterazione del braccio, e quindi della capacità di afferrare oggetti, ha un profondo impatto sui processi sensoriali visivi.**

Inoltre, come si legge nello studio, i ricercatori hanno trovato un miglioramento nella capacità di distinguere le informazioni tattili nel caso di un'immagine interiore dell'arto ingrandita. Questo suggerisce che il cervello integra i segnali sensoriali con le informazioni della lunghezza del braccio e rapidamente li adatta ad una struttura corporea artificialmente aggiornata.

“Il nostro studio evidenzia che le informazioni ottenute attraverso l'interazione con il mondo circostante sono importanti nella costante calibrazione dei processi sensoriali”, dichiara **Robert Volcic**, ricercatore al CNCS di IIT e primo autore dell'articolo, “Ci fornisce, inoltre, degli indizi sui meccanismi che adottano i sistemi sensoriali per compensare i cambiamenti corporei durante l'ontogenesi, cioè durante lo sviluppo biologico dell'organismo”.

In pratica, lo studio dimostra che questi processi adattivi ottimizzano la percezione visiva proprio alla distanza alla quale è necessario avere una corretta stima della profondità, cioè dove gli oggetti possono essere manipolati e afferrati.

“I nostri risultati sono di fondamentale importanza per comprendere come il cervello estrae la profondità tridimensionale di oggetti visivi”, aggiunge **Fulvio Domini**, coordinatore del gruppo di ricerca al CNCS di IIT, “la scoperta potrà avere applicazioni nello sviluppo di robot biologicamente ispirati e nello studio di protesi e tecniche riabilitative”.

Tumore collo utero. Un nuovo test con un semplice prelievo di sangue

Attraverso un termogramma del plasma questo test è in grado di vedere i biomarcatori associati alla malattia. E in futuro potrebbe favorire la diagnosi di altre patologie, tra cui vari tumori e la SLA. Lo studio su Plos One. LO STUDIO

Si basa sul profilo del calore del sangue - termogramma del plasma -, necessita solo di un prelievo venoso, è rapida e meno invasiva del Pap test. Stiamo parlando di una nuova tecnica per la diagnosi del tumore del collo dell'utero, che è appena stata messa a punto dall'Università di Louisville, nello Stato del Kentucky negli Stati Uniti. Lo studio è pubblicato su *Plos One*.

In Italia, ogni anno il tumore della cervice colpisce 3.500 donne (cioè circa una su 10mila), come riporta l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC).

“Siamo riusciti a realizzare un test più conveniente e meno invasivo per rilevare il cancro della cervice”, ha affermato **Nichola Garbett**, che ha guidato il team di ricerca. “Inoltre, altre ricerche hanno dimostrato che siamo in grado di dimostrare se l’attuale trattamento è efficace, in modo che i clinici saranno in grado di adattare meglio le cure su ogni paziente”.

Per generare un termogramma del plasma, un campione del plasma sanguigno viene ‘fuso’ producendo un marchio unico, che è un indicatore dello stato di salute di quella persona. Questa impronta dà informazione delle proteine principali nel plasma sanguigno, misurata tramite Calorimetria differenziale a scansione (dall’inglese DSC).

Il team ritiene che le molecole associate alla presenza della malattia, chiamati biomarcatori, possano modificare il termogramma del paziente affetto dal tumore della cervice. Hanno usato la spettrometria di massa per dimostrare che i biomarcatori associati con il cancro della cervice uterina erano nel plasma.

“La chiave non è la ‘temperatura di melting’ del termogramma, ma la forma del profilo termico”, ha spiegato Garbett. "Siamo stati in grado di introdurre termogrammi per diverse malattie. Il confronto con questi termogrammi dei campioni di sangue di pazienti che sono stati sottoposti a screening o trattati o nei confronti dovrebbe consentirci di monitorare meglio i pazienti, dato che sono stati sottoposti a trattamento e ad un follow-up. Si tratterà di un’opportunità per noi per regolare i trattamenti in modo che siano più efficaci”.

Oltre a poter essere utilizzato nell’ambito di un approccio personalizzato sul paziente, un ulteriore studio potrebbe far sì che il termogramma del plasma sia utilizzato come test complementare rispetto al tradizionale screening del Pap test e potrebbe essere meno intrusivo e più conveniente per il paziente.

Inoltre, poiché questo termogramma potrebbe permettere di monitorare più facilmente l’efficacia di un trattamento, un’eventuale terapia che non sta funzionando potrebbe essere interrotta prima e sostituita con una più efficace. In sintesi, il test potrebbe favorire una diagnosi precoce, un approccio terapeutico più efficiente e una riduzione dei costi sanitari per lo screening e per il trattamento del cancro della cervice.

E non è tutto. Infatti, i ricercatori dell’Università di Louisville vedono in questa tecnica una grande promessa per la diagnosi e il monitoraggio di una vasta gamma di altri tipi di tumore e malattie. Il test in questione è già stato applicato per identificare vari tumori, tra cui il melanoma, il cancro del polmone, della cervice, dell’ovaio, dell’endometrio e dell’utero e anche altre malattie, tra cui il lupus, l’artrite reumatoide, la sclerosi laterale amiotrofica SLA (morbo di Lou Gehrig) e la malattia di Lyme.

Sperimentazione animale. Tutti i vantaggi del decreto governativo.

L’Analisi d’impatto del ministero della Salute

Il documento, redatto dai tecnici della Salute e inviato alla Stato Regioni in vista del parere, valuta positivamente le ricadute del Dlgs di recepimento della direttiva UE. Maggiore tutela degli animali utilizzati, più incentivi ad utilizzare metodi alternativi alla sperimentazione animale e più trasparenza sull’attività di ricerca. IL DOCUMENTO.

Cinque pagine per illustrare come e quanto lo schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva Ue sulla sperimentazione animale, in discussione in Parlamento e all’esame

della Stato Regioni, andrà ad incidere sulla ricerca. In particolare sulle aziende che la fanno e sul modo di trattare gli animali utilizzati a fini scientifici. Una specifica "[Analisi di impatto della regolamentazione](#)", redatta dai tecnici del ministero della Salute e trasmessa all'attenzione della Stato Regioni in vista del parere. Scopo del documento è porre in luce i vantaggi e gli svantaggi del Dlgs di attuazione della direttiva Ue sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici varato dal Governo [il 21 novembre scorso](#).

Il provvedimento, si legge nel documento, mira a garantire un più alto livello di tutela agli animali. Questo è possibile grazie ad una previsione di requisiti e condizioni decisamente più "stringenti" rispetto a quelli attuali. Le maggiori carenze della normativa in vigore, spiegano i tecnici della Salute, derivano dalle criticità presenti nella direttiva n.86/609 CEE che è stata recepita dai vari Stati membri con notevoli discrepanze. Ciò ha avuto un impatto negativo sia sul funzionamento del mercato interno, con riferimento ai prodotti ed alle sostanze per lo sviluppo dei quali sono stati effettuati esperimenti, che in relazione alla tutela del benessere degli animali coinvolti.

Per questo il Parlamento e il Consiglio dell'Ue hanno adottato questa nuova direttiva che, a partire dal 1 gennaio 2013, abroga la precedente, ovvero la n.86/609.

Gli obiettivi perseguiti sono sia di natura formale, adeguamento del diritto nazionale agli atti normativi dell'Unione Europea, che di tipo sostanziale, ossia assicurare un elevato grado di protezione degli animali coinvolti.

I destinatari della direttiva sono gli allevatori, i fornitori, gli utilizzatori degli animali utilizzati a fini scientifici. Ma anche il ministero della Salute, le regioni e le Asl.

Divieti

Le sperimentazioni sugli animali non saranno autorizzate per la produzione di materiale bellico, per gli xenotrapoanti, per le sostanze d'abuso e nel corso di esercitazioni didattiche svolte nelle scuole primarie, secondarie e nei corsi universitari, ad eccezione delle facoltà di medicina veterinaria, nonché dell'alta formazione universitaria dei medici e dei medici veterinari.

Vantaggi

La direttiva secondo l'Analisi di impatto della regolamentazione non presenta svantaggi. Anzi ci sarà maggiore tutela degli animali utilizzati a fini sperimentali, maggiore incentivi ad utilizzare metodi alternativi alla sperimentazione animale, maggiore trasparenza sull'attività di ricerca.

L'intervento non produce effetti sulle Pmi in quanto in Italia non ci sono aziende che svolgono attività commerciale. L'unica Green Hill, è sottoposta a sequestro cautelativo.

Aspetti innovativi

L'aspetto innovativo della direttiva, scrivono infine i tecnici nella loro relazione, deriva dalla promozione, lo sviluppo e la ricerca di approcci alternativi la formazione e l'aggiornamento per gli operatori degli stabilimenti autorizzati, attraverso la destinazione di apposite risorse finanziarie derivanti dalle nuove sanzioni amministrative irrogate dal ministero della Salute; dal ricorso, nella misura dello 0,5%, delle risorse assegnate agli istituti zooprofilattici sperimentali per l'attività di ricerca corrente; dal fondo di rotazione, legge 183/1987, che stanziava un milione di euro per ogni anno del triennio 2014-2016.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584