



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

15 FEBBRAIO 2018

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

Escluso dall'albo nazionale dei direttori, Aricò non ci sta: «Ho i titoli richiesti, chiederò l'accesso agli atti»

www.insanitas.it/escluso-dallalbo-nazionale-dei-direttori-arico-non-ci-sta-titoli-richiesti-chiederò-laccesso-agli-atti/



Trascorso qualche giorno dalla **pubblicazione dell'albo nazionale dei direttori generali** abbiamo incontrato il commissario degli Ospedali riuniti Villa Sofia Cervello, **Maurizio Aricò** (nella foto @Insanitas), rimasto a sorpresa fuori dall'elenco.

«In questi giorni ho ricevuto tantissime telefonate, fra cui anche molti colleghi, rimasti sorpresi dalla mancanza del mio nome dall'elenco. Di certo **è stata una sorpresa** anche per me», afferma Aricò.

«Alla luce del percorso che ho fatto, del mio curriculum e dei documenti prodotti, **ritengo di avere tutti i titoli necessari per figurare nel nuovo albo nazionale**. Sono direttore di struttura complessa dal 2001, poi anche direttore di dipartimento, ora in aspettativa da quando svolgo le funzioni di direttore generale. Complessivamente dispongo dei titoli necessari da un periodo molto più lungo rispetto a quello minimo richiesto. Quanto al requisito della formazione, ho conseguito il diploma richiesto il 9 gennaio del 2017, al termine del corso di formazione realizzato dal Cefpas. Essendo questi i due requisiti principali richiesti, ritengo di essere eleggibile alla carica di direttore generale, come già valutato nel recente passato dall'Agenas».

Marzio Aricò ipotizza che la sua esclusione possa derivare da un **mero errore materiale** fatto nella compilazione della domanda ovvero da qualche altro passaggio amministrativo o burocratico che ha bloccato il procedimento.

«Ho avviato la **procedura di accesso agli atti** per potere verificare eventuali errori procedurali così da chiarire o, se necessario integrare, la documentazione prodotta».



Palermo

Province: [PALERMO](#) [AGRIGENTO](#) [CALTANISSETTA](#) [CATANIA](#) [ENNA](#) [MESSINA](#) [RAGUSA](#) [SIRACUSA](#) [TRAPANI](#)

Cerca nel sito

ME

Sicilia, la commissione non si riunisce da mesi: "congelati" farmaci salvavita per i malati di tumore

L'organismo regionale è fermo da ottobre. Trenta nuovi medicinali non sono stati approvati nel prontuario. Protestano gli oncologi

di GIUSI SPICA

Stampa



14 febbraio 2018



Da quattro mesi aspettano la firma della commissione regionale che deve dare il via libera a trenta nuovi farmaci da erogare in regime di servizio sanitario regionale. Dieci sono farmaci contro i tumori. In alcuni casi cure innovative che consentono ai pazienti di avere più chance di guarigione, in altri nuove applicazioni terapeutiche di vecchie molecole. Ma la commissione incaricata di aggiornare il prontuario terapeutico ospedaliero non si riunisce da ottobre. Adesso un gruppo di oncologi siciliani scrive all'assessorato per chiedere di fare presto. Ci sono pazienti e famiglie che in questi farmaci

ripongono le loro speranze e camici bianchi che devono spiegare perché in altre regioni sono già erogati dagli ospedali pubblici, ma non in Sicilia.

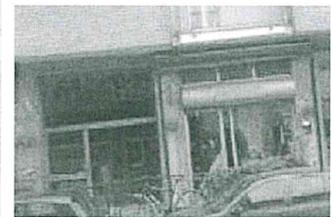
A bloccare i lavori della commissione Ptor (che si occupa appunto dell'aggiornamento del prontuario terapeutico) una serie di intoppi. Prima l'addio del presidente, l'ex direttore del dipartimento Attività sanitarie dell'assessorato Ignazio Tozzo, nominato alla Corte dei Conti. Poi lo stallo dovuto alle elezioni regionali e al cambio di governo. Un vuoto di potere che ha paralizzato quasi completamente il lavoro degli uffici e delle commissioni. A gennaio il neo-assessore Ruggero Razza si è trovato sul tavolo anche questa grana, oltre alla ridefinizione della rete ospedaliera non ancora completata. Allo studio al momento la proposta di abolire del tutto la commissione composta da funzionari interni ed esperti esterni per velocizzare il meccanismo, affidandolo agli uffici.

Nel frattempo decine di pazienti attendono l'arrivo dei nuovi farmaci o si rivolgono a ospedali pubblici di altre regioni che hanno già recepito le nuove molecole. Nel lombo restano ad oggi 31 farmaci, di cui dieci oncologici. L'ultima riunione della commissione convocata quando in sella c'era l'ex assessore Baldo Gucciardi risale a ottobre. Gli ospedali hanno comunque la possibilità di acquistare i farmaci non presenti nel prontuario regionale in casi urgenti, contattando direttamente le aziende farmaceutiche produttrici e negoziando il costo a carico dei bilanci aziendali.

Mi piace [Piace a te e ad altri 119 mila.](#)



CASE MOTORI LAVORO



Magenta via Santa Crescenzia 37

Trova tutte le aste giudiziarie

ASTE GIUDIZIARIE



Ragusa viale dei Platani, n. 34 - 26042

Vendite giudiziarie in Sicilia

Visita gli immobili de

a Palermo

Scegli una città

Palermo

Scegli un tipo di locale

TUTTI

Inserisci parole chiave (facoltativo)

GUARDA ANCHE

PROMOSSO DA TABOOLA

NECROLOGIE

Castelli in vendita: ecco i 6 più belli
Aste Immobiliari

Valanga Campo Felice, il soccorritore: 'Fuoripista proibito, slavina provocata dagli sciatori'

Germania, tutta la squadra sulla linea di porta: l'esito della punizione è sorprendente

Per pubblicare un necrologio chiama il numero



ATTIVO DA LUN
A DOMENICA D
ORE 10 ALLE OF

[Ricerca necrologi pu](#)

PER GLI SCRITTORI UN'OCCASIONE
La novità: vendi il tuo libro
Amazon **amazon**

Amareggiando
Carmelo Paratore
NARRATIVA

Publicare un libro | Corso di si

SANITÀ

ANNI DOPO LA GUARIGIONE RIUNITI DALL'«ASLTI» ALCUNI EX DEGENTI DELL'ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA DEL CIVICO

Quei piccoli pazienti rinati dopo il cancro «Ecco come abbiamo vinto la battaglia»

● Ilenia: «Ora sono mamma, mai perdere la speranza»

Tra le ex malate **Loredana Uccello**, membro del consiglio direttivo dell'AslTi e promotrice dell'incontro oltre che di tante iniziative in reparto, dove oggi alle 11 saranno lanciati palloncini dorati.

Monica Diliberti

... C'è la paura. Prima di tutto di mamma e papà: hanno armature di acciaio e roccia le mamme e i papà, è vero, ma qualche volta si possono scalfire e non è facile nascondersi sempre. Ci sono la rabbia e le domande senza risposta: ma perché proprio un bambino - il mio bambino - doveva ammalarsi? E poi ci sono gli aghi: quelli si che terrorizzano i più piccini, ma ci sono e sono tanti e li vedi ogni giorno bucare le piccole braccia. C'è il dolore: quello fisico e quello dell'anima, quando i capelli vanno giù a ciocche o quando devi rinunciare alla danza, al pallone, ai primi batticuori da adolescente per star chiusi in una stanza sterile. C'è un posto nuovo, un reparto di ospedale, che non è casa tua, ma pian piano lo diventa. E c'è una nuova famiglia: i medici, gli infermieri, i volontari, tante altre persone. Tutti insieme lì, con le mamme e i papà, per aiutare i bambini supereroi che combattono il mostro peggiore, il tumore. Oggi si celebra la Giornata mondiale del cancro infantile e noi la festeggiamo pensando alla vita e raccontando le storie di chi ha vissuto questa esperienza nel reparto di Oncematologia pediatrica dell'Arnas-Civico, ma è riuscito a vincere. Perché

guarire si può.

Sconosciuti eppure uguali

Loredana Uccello ha 28 anni, fa l'estetista ed è membro del consiglio direttivo dell'Associazione siciliana per la lotta contro le leucemie e i tumori infantili (AslTi), molto attiva in reparto con tante iniziative. L'anno scorso ha avuto un'idea brillante: riunire alcuni degli ex pazienti dell'Oncematologia pediatrica del Civico. «Per dare un forte incoraggiamento a chi in questo momento sta combattendo». Attraverso l'associazione, Loredana è riuscita a creare un gruppo di ragazzi sotto i trent'anni con il suo stesso vissuto alle spalle. Nel 2002 le viene diagnosticato il linfoma di Hodgkin. «Ho affrontato la chemio e la radioterapia - dice - ho lottato e nel 2003, come una fenice, sono rinata dalle mie ceneri. Ho voluto fortemente questo gruppo». A Natale questi giovani hanno realizzato un video di auguri per l'AslTi e il 22 dicembre si sono incontrati per la prima volta. «Io in genere parlo molto - arrossisce Loredana -, ma in quel momento non avevo parole. Però era come se ci conoscessimo da sempre. Siamo andati a mangiare una pizza e poi in un locale. Cose da ragazzi normali. Se abbiamo parlato delle nostre storie? Poco».

Il sogno che pareva impossibile

Nel 2010, Ilenia Coppola riceve la stessa diagnosi di Loredana. E pensa che, quando inizia a star male, i medici la liquidano parlando di «problema psicologico». Altroché: 13 ore di intervento chirurgico, un anno di che-

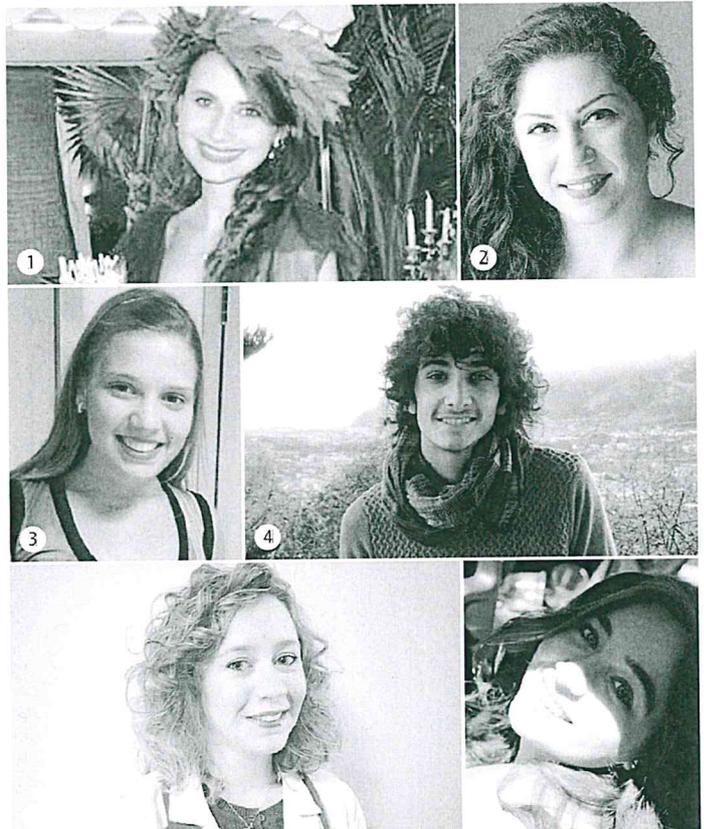
mio e radio e una specie di miracolo che torna a farla camminare. «Alla fine delle terapie - racconta - i medici mettono in chiaro che non sarei potuta diventare mamma. Oggi ho 23 anni e la mia piccola Adele tra le braccia. La mia storia insegna a perseverare sempre e a non perdere la speranza mai».

C'è chi è diventato medico

Marzia Di Martino, 23 anni, e Delia Cottone, 25, hanno in comune il loro futuro e il loro passato: entrambe, «da grandi», vogliono indossare il camice bianco ed entrambe hanno vissuto una fetta della loro esistenza all'Oncematologia pediatrica del Civico. Nel 2003, Marzia si ammala di leucemia promielocitica acuta, curata fino al 2005 con chemioterapia. «Avevo vinto la mia battaglia - esulta - Non ho smesso di inseguire le mie passioni, suono il piano e ballo. Nonostante tutto, ringrazio la mia malattia perché mi ha fatto diventare ciò che sono. Sono fiera di me!». Il calvario di Delia comincia a 9 anni, con dolori ossei fortissimi che le mettono la vita sottosopra. La diagnosi recita istiocitosi a cellule di Langherans e per lei si aprono le porte del reparto, con lunghi trattamenti, dal 2002 al 2005. «Questa esperienza mi ha resa più forte - spiega -. Nel mio percorso seguirò sempre l'esempio che i miei medici - i miei eroi - mi hanno trasmesso sin da piccola».

Una mano agli altri

È il 2005 quando Cristina Arnone, oggi 24enne, si ammala di Sarcoma di Edwing. In piena adolescenza si trova catapultata nella realtà parallela della



1. Cristina Arnone, oggi insegnante e volontaria 2. Loredana Uccello, estetista e dirigente dell'AslTi 3. Ilenia Coppola, neo mamma 4. Giulio Carramusa 5. Delia Cottone 6. Marzia Di Martino, un futuro da medico

malattia. «Dopo un lungo periodo di terapie, interventi e trapianto di cellule staminali - ricorda - nel 2006 ho ripreso in mano la mia vita dal punto in cui l'avevo lasciata. Ad oggi, sono un'insegnante e faccio volontariato».

Sofferenza e amore

Giulio Carramusa ha appena 18 anni e studia per diventare «un ottimo

neuropsicologo», per usare le sue parole. Nel 2010 scopre di avere un linfoma di Hodgkin. «Si dice che il dolore sia un maestro di vita, tuttavia da piccoli non si riesce a comprenderlo - svela Giulio - Quando ripenso a quel periodo non rivedo soltanto tante lacrime e tanta paura, ma anche tanti sorrisi e tanto amore, grazie alla mia famiglia, all'équipe di medici e infer-

mieri guidata da Paolo D'Angelo e ai volontari dell'AslTi».

E oggi, in occasione della giornata di sensibilizzazione sui tumori pediatrici, alle 11 davanti al reparto di Oncematologia pediatrica dell'Arnas-Civico saranno lanciati dei palloncini dorati. Un'iniziativa dell'AslTi che si svolgerà contemporaneamente in altre città italiane. (MOD)

VILLA DELLE GINESTRE. Dopo 25 anni di immersioni l'incidente e le terribili conseguenze, superate grazie a un neuromodulatore spinale. «La buona sanità esiste», dice

Nuova vita per un sommozzatore paralizzato da una bolla d'azoto

••• Una passione, innata e viscerale: quella per il mare. E un lavoro, legato a filo doppio a quella passione: il sommozzatore. Un legame intenso e longevo, durato 25 anni. E interrotto bruscamente, alla fine del 2015, a causa di una... bolla. Proprio così: una piccola, insolente bolla di azoto che, dopo un'immersione di routine, si è «incastrata» nel midollo spinale di Emanuele Ciancio, paralizzandogli le gambe e condannandolo a dolori atroci. Almeno sino ad un intervento chirurgico a Villa delle Ginestre, lo scorso anno.

Per un quarto di secolo, il 55enne ha esplorato i mari e i porti di mezza Italia, per sistemare condutture sottomarine per i reflui o l'acqua, o per cercare relitti archeologici. Il mare è una specie di seconda casa per lui. La brutta avventura inizia il 4 novembre del 2015 quando Ciancio è impegnato in un lavoro sulla condotta di Sferacavallo. È stata un'immersione in tutta sicurezza - racconta -, ero con un secondo sub. Siamo scesi a 40 metri, una profondità non eccessiva, per 20 minuti. Poi siamo risaliti facendo tutte le tappe di decompressione». Insomma, nulla fa pensare che di lì a poco sarebbe successo qualcosa di brutto. «Dopo 10 minuti sulla barca ho sentito una sensazione di svuotamento

dall'ombelico in giù e sono caduto a terra. Subito mi hanno dato l'ossigeno, poi siamo arrivati al porto e da lì al Civico».

Dal triage alla camera iperbarica è un attimo. A Ciancio viene somministrato ossigeno puro, che dovrebbe favorire la fuoriuscita dell'azoto. Purtroppo però le cose non vanno per il verso giusto. Una bolla di azoto finisce nel midollo spinale, causando quella che si chiama embolia midollare. L'effetto è uno tsunami: paralisi delle gambe e blocco di vescica e intestino. E un corollario di disturbi: dolori lancinanti agli arti inferiori, formicolii, sensazione di liquido che scorre, nessuna sensibilità ai piedi e agli stimoli esterni, come caldo e freddo.

Ciancio viene trasferito a Villa delle Ginestre, la struttura dell'Asp specializzata nella diagnosi e cura delle lesioni al midollo spinale, diretta da Massimo Darbisi. Inizia così il tour de force della fisioterapia. I risultati si vedono e, dopo un anno di ricovero, Ciancio riconquista parzialmente l'uso delle gambe. I dolori però continuano a tormentarlo.

I medici di Villa delle Ginestre gli propongono l'impianto di un neuromodulatore spinale, un dispositivo che, attraverso impulsi elettrici diretti nel midollo, con-



Emanuele Ciancio, il sommozzatore curato a Villa delle Ginestre



Angela Di Girolamo

sente di tenere sotto controllo i dolori. «L'intervento è durato tre ore - afferma Ciancio -, io ero sveglio perché dovevo dire dove sentivo l'impulso. Il miglioramento è stato immediato: il dolore era scomparso. Il dispositivo ha un telecomando esterno che mi permette di modulare l'intensità dell'impulso. Questo intervento si fa anche in altri ospedali, ma questo è l'unico posto in cui viene fatto sui midollosi. È una struttura completa sotto tutti i punti di vista».

Il 23 dicembre 2017 Ciancio torna a casa. Ha ancora bisogno di assistenza per alcune cose e rimangono alcuni problemi di equilibrio e vescicali. «Il neuromodulatore

non ha migliorato la situazione della vescica - dice Angela Di Girolamo, responsabile facente funzioni dell'Unità operativa di Neuro-urologia -. L'esito dipende dal livello e dalla completezza della lesione midollare. È scomparso il dolore ed è migliorata la deambulazione: il paziente non è più in sedia a rotelle, ma si aiuta con i bastoni, quindi ha recuperato forza agli arti inferiori, grazie anche alla fisioterapia intensiva riabilitativa nelle palestre e le terapie in piscina. In altri soggetti, grazie al neuromodulatore sacrale, si è recuperata la funzione contrattile del muscolo vescicale e della motilità intestinale».

Per ottenere questo traguardo l'approccio multidisciplinare è stato fondamentale. «Lo abbiamo costruito col tempo», commenta la dottoressa Di Girolamo. «La buona sanità esiste - chiosa Emanuele Ciancio - e voglio ringraziare l'équipe di medicina antalgica, diretta da Silvestre Cirino, le dottoresse Di Girolamo, Giorgia La Rosa e Valeria Arnome, gli infermieri specializzati: sono la mia famiglia di Villa delle Ginestre. Son passate due estati, ma non mi sono ancora concesso una giornata al mare. Potrò tornare a fare immersioni, ma ancora questo blocco non riesco a scioglierlo». (MOD) Mo.o.

Versa il voto. I programmi dei partiti sulla Sanità puntano sul rilancio delle cure pubbliche e maggiori risorse per investimenti e personale

Addio ai ticket, ma senza coperture

Pd e Leu chiedono più fondi, Fi nuovi ospedali - La Lega vuole i costi standard, Aifa nel mirino M5S

Barbara Gobbi
ROMA

Tutti schierati a favore delle cure pubbliche, tutti contro i ticket che sottraggono ai cittadini 2,8 miliardi di euro l'anno. Tutti paladini di un aumento delle risorse - oggi l'asticella del Fondo sanitario nazionale non arriva ai 114 miliardi - da destinare alla necessaria riorganizzazione dell'assistenza tra ospedale e territorio. Ferma al palo, dopo il mancato recupero di risorse (le regioni chiedevano almeno 600 milioni) nell'ultima legge di bilancio. E tutte proposte orfane di coperture.

A una ventina di giorni dal voto politico del 4 marzo, almeno a parole i principali partiti politici puntano sulla sanità. Superticket e obbligo vaccinale tengono banco da mesi nei talk-show e nei tweet, mentre la mobilitazione di medici e operatori sanitari per il rinnovo del con-

tratto e l'ultimo allarme sul rischio desertificazione della medicina generale (14 milioni di persone senza medico di base da qui a dieci anni) hanno gettato ulteriore legna sul fuoco del dibattito.

I COSTI DEGLI INTERVENTI
La compartecipazione alla spesa dei cittadini vale 2,8 miliardi. L'eliminazione solo del superticket costa tra i 700 e i 900 milioni di euro

Ma i programmi elettorali raccontano un'altra storia: la sanità continua a non essere al centro delle principali agende. Ricette in ordine sparso e, soprattutto, la vaghezza delle proposte sulle possibili coperture e sulle risorse da mettere in campo, fanno pensare che anche

nella prossima Legislatura difficilmente si metterà mano alla questione cruciale: la sostenibilità di un servizio sanitario nazionale che da anni non riesce più a garantire il "tutto a tutti".

E se il "Tg pilastro" del Ssn - cioè la sanità integrativa - è ormai una realtà, tra fondi, accordi aziendali e polizze, i partiti nei loro programmi non ne tengono conto. Eppure il tema impatta decisamente sulle tasche dei cittadini e quindi sulle potenziali scelte in cabina elettorale: la spesa "out of pocket" è arrivata a 37 miliardi di euro, tra farmaci ed esborsi vari per compensare liste d'attesa infinite (fino a tredici mesi per una mammografia) e far fronte alla doppia emergenza cronicità e non autosufficienza.

A tenere banco è l'eliminazione del superticket: balzello altamente impopolare e appena ritoccato al ribasso dall'ulti-

ma manovra, che per le casse pubbliche varrebbe tra i 700 e i 900 milioni di euro. Ma la vera scommessa sarà la ridefinizione del complessivo sistema di compartecipazione alla spesa. E, anche qui, la possibile reperibilità delle risorse è affidata alla fantasia degli elettori.

Poi, c'è la scommessa innovazione: se il Pd punta ad aumentare i fondi per i farmaci innovativi agevolando gli investimenti delle imprese, Forza Italia apre ai fondi strutturali per il Sud, alle risorse messe in campo dalla Bei, la Banca europea degli investimenti, e a un "Health Technology Bonus" per privati che "adottino" il parco tecnologico di un'azienda sanitaria.

Il recupero dei fondi, da destinare alla cenerentola prevenzione e a un programma di "salute in tutte le politiche", per i Cinquestelle dovrà passare

per la lotta alla corruzione in sanità e per una profonda rivisitazione delle politiche del farmaco. Mentre Liberi e Uguali rilancia con un Piano di investimenti pubblici - almeno cinque miliardi nei primi cinque anni - che ripristini efficienza e innovazione in una sanità rigorosamente pubblica. Con paletti precisi sui fondi sanitari integrativi, di cui secondo Leu varivisto il meccanismo delle agevolazioni fiscali.

A proporre il pacchetto "non autosufficienza" più completo è il Pd, che affianca all'indennità di accompagnamento un budget di cura utilizzabile per l'acquisto di servizi (badanti incluse), mentre Forza Italia punta sulle reti dedicate alla presa in carico delle grandi emergenze, dall'oncologia alle malattie cardiovascolari e respiratorie. La Lega di Matteo Salvini guarda invece al modello veneto,

con il rilancio dei costi standard e la gestione pubblico-privata della cura.

Infine, il capitolo personale, su cui nelle ultime settimane i partiti vanno al rilancio. Se il Pd chiede un nuovo Patto per la salute che riorganizzi la medicina d'iniziativa sul territorio, i Pentastellati propongono il potenziamento delle borse di studio per gli specializzandi e la formazione post universitaria in ospedale. Per la Lega andranno sviluppate e riviste le forme aggregative della medicina di famiglia, mentre Leu punta sull'assunzione di 40 mila operatori sanitari in più. Forza Italia, infine, fa largo agli infermieri. Che «sono 40 mila e cercano nuovi spazi professionali», magari in studi convenzionati da affiancare a quelli di medici di base e pediatri, per gli infermieri.

Foto: M. Basso - Ansa / Contrasto

Sanità, le proposte dei partiti



FONDI

Secondo il Partito democratico il Fondo sanitario nazionale va aumentato al ritmo già seguito nell'ultima Legislatura (5 miliardi in 5 anni), per poter aggiornare così il Patto per la salute che risale ormai al 2004

Nuovi ospedali e Rsa grazie a fondi strutturali, Bei e partnership pubblico privato. In pista anche il credito d'imposta per il privato che adotta parte del parco tecnologico di un ospedale sostenendone i costi di manutenzione-rinnovo.

Secondo il movimento Cinque Stelle vanno aumentare le risorse del Fondo sanitario nazionale (ma senza dire una cifra precisa) reindirizzandole in particolare sulla prevenzione e sulle risorse umane

Per la Lega la Sanità, universalistica, va finanziata prevalentemente con il sistema fiscale. Ma le risorse vanno gestite solo attraverso lo strumento dei costi standard cavallo di battaglia della Regione Veneto

Per LeU la spesa sanitaria pubblica va riallineata alla media dei principali Paesi Ue e serve un Piano pluriennale di investimenti pubblici (almeno 5 miliardi per i primi 5 anni) da destinare a strutture e tecnologie

TICKET

Nessun accenno al tema nel programma ufficiale del Partito democratico ma nei mesi scorsi di è proposta la progressiva abolizione del superticket e la revisione del sistema di compartecipazione

Eliminazione dei ticket per le prestazioni di Pronto soccorso e per le visite specialistiche. Inoltre, tutti gli "over 65" dovranno essere considerati esenti totali anche per i ticket sui farmaci

Per i Cinque Stelle vanno eliminati senza che ciò - avverte il programma - pesi sulle tasche dei cittadini, ma attuando correzioni radicali sulla gestione e sulle politiche dell'Agenzia italiana del farmaco

La compartecipazione dei cittadini attraverso i ticket va ridotta al minimo. Tutta la politica sanitaria deve essere affidata a dei «gestori», cioè degli amministratori appositamente formati

Va superato l'attuale sistema dei ticket, così come già previsto dal Patto per la Salute ma mai attuato, inclusa l'abolizione del superticket con corrispondente aumento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale

FARMACI

Va rivisitata la governance di farmaci e dispositivi medici, ripensando i tetti di spesa. Più fondi per i farmaci innovativi e la ricerca contro le malattie rare, agevolando gli investimenti imprenditoriali della R&S in Italia

Non si prevede niente di specifico nel programma di FI. Si punta soprattutto sulla presa in carico appropriata di patologie molto diffuse, come le malattie cardiovascolari e quelle respiratorie

Obbligo di trasparenza e pubblicità nella contrattazione dei prezzi tra Aifa e farmaceutiche; licenza obbligatoria per problemi di sanità pubblica; trasparenza su transazioni finanziarie e relazioni d'interesse con le imprese; brevetti più brevi

Nessun riferimento ai farmaci nel programma. L'obiettivo è esportare su scala nazionale i modelli lombardo e veneto: pianificazione e controllo in mano pubblica, gestione territoriale demandata ai privati

Le priorità: promuovere l'uso dei generici, migliorare l'accessibilità ai farmaci innovativi, rivedere la governance della spesa e le modalità di funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco

quotidianosanità.it

Giovedì 15 FEBBRAIO 2018

Registri tumori: d'ora in poi saranno uguali in tutta Italia. Le Regioni si danno regole comuni

Le Regioni hanno concordato una serie di criteri per rendere uniformi a livello nazionale i diversi registri tumori locali. Il regolamento fissa finalità, contenuti, fonti dei dati, loro diffusione e utilizzo. Il regolamento contiene anche il disciplinare tecnico da seguire per il rispetto della riservatezza e della privacy dei pazienti. Appena messo a regime consentirà di avere identici strumenti di analisi e controllo del cancro su tutto il territorio nazionale. LO SCHEMA DI REGOLAMENTO.

La Commissione salute delle Regioni ha approvato uno schema di regolamento per il funzionamento dei Registri tumori finalizzato a gestire i registri con regole valide in tutta Italia. Il testo è oggi all'attenzione della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e una volta a regime consentirà di avere uno straordinario strumento di analisi e controllo del cancro uniforme su tutto il territorio nazionale.

Come è noto il registro tumori contiene tutta una serie di informazioni fondamentali per il monitoraggio del cancro. Il regolamento li indica e li fissa in modo chiaro prevedendo che esso debba contenere gli indicatori di incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei tumori, nonché quelli utili a descrivere il rischio della malattia per sede, per tipo di tumore, età, genere e ogni altra variabile di interesse per la ricerca scientifica.

Il regolamento chiarisce anche l'utilità dei registri ai fini di ricerca e per gli studi epidemiologici sugli andamenti temporali e la distribuzione territoriale dei casi, sui fattori di rischio dei tumori, sugli esiti degli interventi di diagnosi precoce, delle terapie e dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Definite anche le modalità di raccolta dei dati anonimi e aggregati per la programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria inerente gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e monitorare i dati relativi all'appropriatezza e qualità dei servizi diagnostici terapeutici.

Il regolamento approvato dalle Regioni contiene anche il disciplinare tecnico da seguire per il rispetto della riservatezza e della privacy dei pazienti, visto che si tratta di informazioni che riguardano:

- a) diagnosi e modalità di ammissione e dimissione, relative a ricoveri e a prestazioni ambulatoriali diagnostico terapeutiche e rispettivi Drg;
- b) anamnesi;
- c) interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche, compresi gli screening oncologici;
- d) indagini cliniche e trattamenti eseguiti;
- e) referti di anatomia patologica;
- f) data e causa di morte e condizioni morbose rilevanti per il decesso.

Gli scopi della raccolta di tali dati sono, come già accennato:

- a) produrre misure dell'incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei tumori;
- b) descrivere il rischio della malattia per sede e per tipo di tumore, età, genere e ogni altra variabile di interesse per la ricerca scientifica;
- c) svolgere studi epidemiologici sugli andamenti temporali e la distribuzione territoriale dei casi, sui fattori di rischio dei tumori, sugli esiti degli interventi di diagnosi precoce, delle terapie e dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche in collaborazione con altri enti e strutture regionali, nazionali e internazionali di ricerca scientifica in campo epidemiologico;
- d) produrre dati anonimi e aggregati per la programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza

sanitaria, inerente gli interventi di prevenzione primaria e secondaria rivolti alle persone ed all'ambiente di vita e lavoro, e dell'efficacia dei programmi di screening;

e) monitorare e valutare i dati relativi all'appropriatezza e qualità dei servizi diagnostici terapeutici, alla sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro.

Le fonti dei dati sono indicate in una serie di archivi a cui il Registro può accedere: schede di morte relativamente ai soggetti con diagnosi di neoplasia definita dal Registro tumori e ai soggetti con neoplasia come causa di morte o condizione morbosa rilevante per il decesso; cartelle cliniche; archivi di Anatomia Patologica, di laboratorio e di radiodiagnostica; prestazioni ambulatoriali; prescrizioni farmaceutiche; esenzioni ticket per patologia oncologica; protesi di interesse oncologico; prestazioni di riabilitazione di interesse oncologico; vaccinazioni di interesse oncologico; dimissioni ospedaliere e relazioni cliniche.

Su tutti questi dati, il titolare del trattamento del Registro tumori può svolgere studi in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in collaborazione con Università, Enti e Istituti di ricerca e società scientifiche, con ricercatori, singoli o associati, che operano nell'ambito delle Università, Enti ed Istituti di ricerca e società scientifiche, sempre, si intende, nel rispetto delle regole previste dal Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici.

I dati che possono essere diffusi in forma anonima sono quelli relativi ai casi registrati in forma esclusivamente aggregata oppure secondo modalità che non rendano identificabili i soggetti interessati.

E i dati presenti sul sistema informatico del Registro tumori, devono essere cancellati o resi anonimi in maniera irreversibile dopo 30 anni dal decesso dell'interessato a cui si riferiscono.

quotidianosanità.it

Giovedì 15 FEBBRAIO 2018

Da oggi in vigore la legge Lorenzin. Anche i Collegi diventano Ordini

Il 15 febbraio 2018 sarà probabilmente ricordata tra le date fondamentali del percorso professionale di centinaia di migliaia di operatori sanitari che oggi si vedono riconosciuta una nuova organizzazione e disciplina delle loro associazioni professionali. A partire dal cambiamento di nome: un fatto simbolico, certo, ma sappiamo quanto i simboli siano importanti. IL TESTO DELLA LEGGE.

La legge 11 gennaio 2018, n. 3, nota come "legge Lorenzin" entra oggi in vigore. Alla sua completa attuazione dovranno essere provveduti numerosi decreti attuativi ma da oggi le norme approvate dal Parlamento poco prima di Natale che non necessitano di ulteriori definizioni normative sono a tutti gli effetti valide.

A partire dal cambio di nome dei Collegi professionali che ora si chiamano Ordini.

Ecco comunque un riepilogo delle disposizioni della legge, che, lo ricordiamo, non parla solo di Ordini e collegi ma anche di molte altre cose, a partire dalle nuove regole per la sperimentazione clinica.

[A questo link](#) invece troverete il nostro dossier sui decreti attuativi che dovranno completare il quadro normativo delineato da questa importante riforma.

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 previsto 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 3. (Applicazione e diffusione della medicina di genere all'interno del Sistema Sanitario Nazionale) dispone la predisposizione di un **piano volto alla diffusione della medicina attenta alle differenze per sesso e genere** ("medicina di genere"). Il Piano, **emanato, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame**, con decreto del il Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-regioni, e avvalendosi del Centro nazionale di riferimento della medicina di genere dell'Iss, intende garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Ssn in modo omogeneo sul territorio nazionale, mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie inerenti alla ricerca, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura basate sulle differenze derivanti dal sesso e dal genere.

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.

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 ed 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;
- 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, completamente modificato in sede referente, 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, recante Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni 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 assolverà **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 0a) 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 penale (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 dopanti 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 riconosciute 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. 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 ieri soppresso. Prevedeva la modifica dell'articolo 102 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934 permettendo l'attività all'interno delle farmacie di altri professionisti 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.

E' 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. E' 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).