

## Flash

## La giornata

**HIV-AIDS, IN ITALIA  
150 MILA SIEROPOSITIVI**

La crisi economica e le promesse non mantenute impongono, per la prima volta dalla creazione dieci anni fa del Fondo Globale contro Hiv/Aids, malaria e Tbc, uno stop a nuovi progetti: si presenta con questa cattiva notizia la Giornata mondiale contro l'Aids (1 dicembre). In controtendenza i dati recentemente forniti da Unaid (l'organismo delle Nazioni Unite) segnalano progressi con un calo di mortalità e di nuovi casi «È così anche in Italia», spiega Giovanni Rezza, direttore malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, «dal picco del 1995 (circa 5.500 casi) oggi le stime parlano di situazione da anni stabile, intorno ai 3.500 casi di infezione da Hiv l'anno. Anche se bisogna dire che sono stime, e si calcola che vi sia un 25% di "inconsapevoli", persone che sono sieropositive ma non lo sanno». Cambiano i gruppi a rischio e le modalità di trasmissione: «Un tempo era la siringa dei tossici, ora sono i comportamenti etero, bisex e omosessuali». L'età media resta alta, tra 35 e 39 anni; cresce, con l'aumento dell'immigrazione, la percentuale dei sieropositivi stranieri. Se ormai l'armadietto dei farmaci disponibili

si è allargato (c'erano solo due antiretrovirali, ora ne abbiamo più di venti), la ricerca punta all'eradicazione, ma il vaccino (anche quello italiano di Barbara Ensoli, in fase 2 sperimentale in Africa) stenta a dare risultati certi. Vale sempre l'azzeccato slogan sull'Aids: Se lo conosci lo eviti. «Vero, ma si è visto che nonostante la conoscenza, sono spesso i comportamenti che poi stentano a cambiare», segnala Rezza, «pensieri di onnipotenza, invincibilità e scarsa percezione del rischio sono duri da combattere». Eppure quest'anno, a luglio, più di cento associazioni e ong italiane hanno rilanciato la lotta all'Aids-Hiv nella "Dichiarazione di Roma", ricordando che in Italia vivono circa 150mila persone sieropositive (22mila malati di Aids) e chiedendo maggior impegno nazionale e internazionale (l'ong ActionAid nel suo report annuale segnala il disimpegno italiano, con un taglio, per quanto riguarda solo l'Hiv, del 71% dei fondi). Tra le tante iniziative spicca quella del Cesvi (Sms solidale al 45509) con gli spot anti-Aids dei ragazzi, gemellaggio virtuale tra Italia, Zimbabwe, Vietnam ([www.virusfreeday.org](http://www.virusfreeday.org))

(maurizio paganelli)



*Approda in Stato-Regioni il documento che stabilisce i requisiti per reti e strutture*

# Lotta al dolore «accreditata»

**Stabiliti standard, personale e tariffe per cure antalgiche e palliative**

**A**venti mesi dalla sua approvazione la legge 38/2010 sul dolore arriva a una svolta decisiva. Approda all'esame delle Regioni quello che è un po' il cuore di quelle norme che rappresentano un modello all'avanguardia in tutta Europa: si tratta dello schema di intesa «sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di cure palliative di terapia del dolore». Il documento attua in pratica quanto chiesto dall'articolo 5 della legge 38 dove vengono tratteggiate le due «reti»: quella per le cure palliative e quella per il dolore. Compresa l'importante appendice della «rete pediatrica», un «unicum» nella normativa europea.

Il corposo documento è frutto del lavoro dei tecnici del ministero e delle Regioni e in quasi 50 pagine disegna nel dettaglio l'identikit che dovranno avere in tutta Italia le strutture e l'assistenza che dovrà essere erogata agli almeno 250mila malati terminali che si contano in Italia e ai milioni che soffrono di dolore acuto an causa di malattie croniche. Per entrambe le «reti» lo schema di intesa - accolto positivamente nelle prime riunioni tecniche e presto all'esame di una delle prossime Conferenze Stato-Regioni - individua requisiti, modalità organizzative, standard strutturali, pianta organica e figure professionali coinvolte. Tutti punti necessari per conquistare l'ambito accreditamento per operare sia sul fronte delle cure palliative che della lotta al dolore. Sul piatto anche l'atteso sistema tariffario che dovrebbe mettere ordine nel complicato puzzle attuale delle Regioni.

Per quanto riguarda le cure palliative la «rete» prevede la creazione di una cabina di regia (il documento la definisce «struttura organizzativa di cure palliative») per coordinare le «forze sul campo»: dagli ospedali agli hospice fino alle cure domiciliari, tutti fronti dove

opereranno équipe multi-professionali. Il documento nei suoi allegati (ben quattro) va anche a definire quali sono le tipologie di prestazioni che vanno erogate nella rete di cure palliative, ma anche le caratteristiche tecniche e le dotazioni tecnologiche che devono avere gli hospice oltre agli standard qualificanti e ai criteri di eleggibilità per le cure domiciliari.

Massimo dettaglio anche per la lotta al dolore dove finora, al contrario delle cure palliative da anni già regolate almeno a livello regionale, mancavano interventi normativi così precisi. Tre i protagonisti della «rete» anti-dolore: le «Aft» («Aggregazioni funzionali territoriali») previste dall'ultima convenzione dei Mmg dove verrà individuato almeno un medico di famiglia «referente» formato in terapia del dolore «con funzioni di consulente e formatore per i colleghi». Poi ci sono i centri «spoke» (ambulatori di terapia del dolore) con «valenza territoriale e ospedaliera» a cui spettano interventi diagnostici e terapeutici. E infine i centri di eccellenza per gli interventi ad alta complessità: i cosiddetti «hub» che sono i centri specializzati in terapia del dolore con posti letto dedicati e una copertura dell'assistenza su 24 ore. Anche per la rete pediatrica dovranno essere individuati centri specialistici regionali per la terapia antalgica e le cure palliative, oltre a «hospice pediatrici» e a servizi su misura negli ospedali e nell'assistenza di base e specialistica.

«Lanciamo un appello alla Conferenza Stato-Regioni - avverte Luca Moroni, presidente della Federazione cure palliative - affinché approvi tale documento, perché da esso dipende non soltanto l'attuazione della legge 38, ma anche lo sviluppo della rete delle cure palliative nel nostro Paese».

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Caratteristiche qualificanti il Lea Hospice**

QUALITÀ	4. Accordi formalizzati con i soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'Asl di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.	INTENSITÀ
Presenza di: <b>1. Specifici protocolli formalizzati</b> per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing. <b>2. Programmi formalizzati:</b> ● per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia; ● l'accomp. alla morte e l'assistenza al lutto; ● per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'équipe; ● per la formazione continua del personale. <b>3. specifici criteri</b> per il reclutamento e la valutazione periodica del personale.	<b>COMPLESSITÀ</b> Presenza di una équipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da: ● medico; ● infermiere; ● operatore tecnico dell'assistenza; ● fisioterapista; ● psicologo; ● assistente sociale; ● assistente spirituale.	<b>Sette giorni su sette</b> ● assistenza medica sulle 24 ore; ● presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore; ● presenza continuativa di operatori tecnici dell'assistenza sulle 24 ore. <b>Minuti assistenza paziente die:</b> ● medico 30'; ● infermiere 180'; ● personale di assistenza 180'; ● fisioterapista 7'; ● psicologo 8'; ● assistente sociale 8'; ● assistente spirituale 5'.

**Standard qualificanti i Lea cure domiciliari**

Profilo di cura	Durata media	Complessità	
		Mix delle figure professionali/ Impegno e tempo medio in minuti	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
<b>Cd prestazionali</b> (Occasionali o adiche programmate)		Infermiere (15'-30'); Professionisti della riabilitazione (30'); Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>Cd integrate di primo livello</b> (già Adj)	180 giorni	Infermiere (30'); Professionisti della riabilitazione (45'); Medico (30'); Operatore socio-sanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>Cd integrate di secondo livello</b> (già Adj)	180 giorni	Infermiere (30'-45'); Professionisti della riabilitazione (45'); Dietista (30'); Medico (45'); Operatore socio-sanitario (60'-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
<b>Cd integrate di terzo livello</b> (già Od)	90 giorni	Infermiere (60'); Professionisti della riabilitazione (60'); Dietista (60'); Psicologo (60'); Medico e/o medico specialista (60'); Operatore socio-sanitario (60'-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
<b>Cure palliative malati terminali</b> (già Od-Cp)	60 giorni	Infermiere (60'); Professionisti della riabilitazione (60'); Dietista (60'); Psicologo (60'); Medico e/o medico specialista (60'); Operatore socio-sanitario (60'-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

**Fanelli: «Passaggio cruciale, in un anno e mezzo tutti a regime»**

«Questo documento è cruciale perché serve a mettere le gambe alla legge 38 che potrà finalmente marciare ancora più spedita». Così Guido Fanelli, presidente della Commissione terapia del dolore e cure palliative del ministero della Salute, difende il documento a cui ha lavorato con gli altri tecnici. «Finora - spiega il direttore dell'unità operativa di anestesia all'Aou di Parma - chiunque, soprattutto nella lotta al dolore, poteva definirsi un centro di eccellenza. Invece dopo

questo documento dovrà dimostrare di essere in regola con requisiti e criteri molto stringenti. Quali a esempio? «Sempre per restare sul fronte della rete di terapia del dolore se un ospedale vuole diventare un centro «spoke» o un'azienda sanitaria punta a diventare un «hub» d'eccellenza dovranno attrezzarsi con personale specializzato, copertura oraria e strumenti diagnostici e terapeutici adeguati. Insomma l'idea è quella di mettere in moto un circolo virtuoso all'interno del

Ssn». Ma così non c'è il rischio di creare, come al solito, due Italie? «Con questo documento abbiamo deciso di non mettere né l'asticella troppo in alto, per non rendere difficile l'adeguamento, né troppo in basso per evitare di perdere in qualità». Ma quanto tempo ci vorrà per mettere le due «reti» a regime? «Quella delle cure palliative, già avanti in molte Regioni, sarà pronta in un anno, mentre quella del dolore sarà a regime in circa un anno e mezzo».

**Le terapie**  
**Superbatteri**  
**resistenti,**  
**l'Europa**  
**va in trincea**  
 D'ARIA

# Antibiotici

Si stanno moltiplicando le resistenze alle cure, in tutta Europa preoccupa soprattutto la resistenza della **Klebsiella pneumoniae**. Sotto accusa l'abuso di farmaci prescritti sia dai medici di base che negli ospedali

## Superbatteri, polmoniti in aumento

**LA SCHEDA**



**LA RESISTENZA**  
 Aumenta la resistenza a due specie Gram-negative (Escherichia coli e Klebsiella pneumoniae) in tutta Europa

**IL RECORD**  
 Per quanto riguarda i fluorochinoloni, antibiotici usati nella terapia delle infezioni da E. coli, la resistenza in Italia è al 38%

**IL PERICOLO**  
 Il New-Delhi metallobeta-lattamasi o NDM-1, arriva dall'India: superbatterio per cui non c'è ancora una rete di sorveglianza attiva

**I PIÙ USATI**  
 L'80-90% dell'utilizzo degli antibiotici avviene nell'ambito della medicina generale. Più usati le classi dei chinoloni e delle Cefalosporine

**La Ue ha lanciato un nuovo piano strategico per un corretto uso degli antibiotici**

**IRMA D'ARIA**

**L**a resistenza agli antibiotici sta aumentando in tutti i Paesi europei provocando ogni anno 686 mila casi di infezioni, 25 mila decessi e costi che si stimano superiori a un miliardo e mezzo di euro. È la fotografia scattata dallo European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) che monitora i dati sulla resistenza agli antibiotici nei paesi dell'Unione Europea. A destare preoccupazione è soprat-

tutto l'aumento della resistenza della *Klebsiella pneumoniae*, il batterio che causa polmonite e infezioni del tratto urinario. «Nel 2010 è aumentata persino nei confronti dei carbapenemi, farmaci considerati di ultima risorsa per il trattamento delle infezioni gravi», ha dichiarato Marc Sprenger, direttore dell'Ecdc. «Le resistenze si diffondono anche a causa della maggior mobilità della gente che viaggia da un paese all'altro portandosi dietro i microrganismi», ha spiegato Sprenger. Tra i superbatteri in rapida diffusione, c'è anche il temibile e aggressivo NDM-1 che arriva dall'India.

Preoccupante la situazione dell'Italia dove la resistenza ai carbapenemi in *Klebsiella p.* è schizzata in un anno dall'1,4% al

16% per le sole infezioni invasive. Come mai questa impennata? «Uno dei motivi», spiega Annalisa Pantosti, direttore del reparto di Malattie batteriche dell'Istituto superiore di sanità «è l'introduzione nel nostro paese di un ceppo di *Klebsiella p.* multiresistente». Inoltre, questo ceppo è dotato di notevole patogenicità, cioè capacità di produrre infezioni, anche molto gravi. «Poiché non ci sono praticamente antibiotici attivi», prosegue l'esperta, «il rischio è di retrocedere all'era preantibiotica, quando un'infezione grave era una condanna a morte». Dunque, servono nuovi antibiotici? In effetti solo alcune grandi aziende farmaceutiche hanno programmi di ricerca e sviluppo degli antibiotici. Ma scoprire nuovi farmaci non servirà se non



impariamo ad usarli nel modo giusto. «La resistenza agli antibiotici», spiega Pantosti, «è in larga misura scatenata dall'uso improprio e dall'abuso di antibiotici, i quali incoraggiano i batteri a sviluppare nuovi modi per combatterli». Gli esperti sostengono che, oltre alla responsabilità dei medici di base che talvolta prescrivono antibiotici "di copertura" tanto per stare tranquilli, giocano un ruolo fondamentale gli ospedali. «Il 50% dell'uso di tutti gli antibiotici negli ospedali può essere inappropriato», sostiene Sprenger. La Commissione Europea ha lanciato un nuovo piano strategico che prevede 12 azioni mirate, da attuare nei prossimi cinque anni, per promuovere un corretto uso degli antibiotici e contrastare il fenomeno della farmaco-resistenza. Si affiancano alle azioni dei singoli Paesi. In Italia i primi frutti delle campagne: «Per la prima volta dal 2002», spiega Pantosti «si è registrata una diminuzione del 5% del consumo domestico di antibiotici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**SANITÀ, TROPPI SCANDALI**

ricca e truffa sono parole sempre di attualità nel nostro Paese. E vanno alla grande anche nel mondo della sanità. Due scandali lo testimoniano: quello del San Raffaele di Milano, fondato da don Luigi Verzé, uomo di Chiesa e di affari, dove si è arrivati alla bancarotta con un «buco» di oltre 1,5 miliardi di euro. Il secondo caso coinvolge la società farmaceutica Menarini, che avrebbe truffato 860 milioni di euro gonfiando i prezzi dei medicinali rimborsati dallo Stato. Per il San Raffaele siamo a 5 indagati, ad un arresto, ad un suicidio e chissà cos'altro accadrà. Resta da vedere se vi sono responsabilità di omesso controllo da parte della Regione Lombardia. Sulla Menarini si sono chiuse le indagini che hanno fatto emergere come l'azienda abbia goduto dei favori di 54 candidati del Pdl e dell'ex sottosegretario Letta. Una vicenda su cui c'è imbarazzo e silenzio. In particolare da parte di Farmindustria, che sembra aver dimenticato il suo codice deontologico che censura i comportamenti illeciti degli associati. Comunque i due scandali confermano che la sanità è una preda per appetiti famelici: senza i dovuti controlli finisce facilmente in bocca agli squali.

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Salute. Le conclusioni del Consiglio superiore

# Precauzioni per i bambini nell'utilizzo dei cellulari

### IL DIBATTITO

Per l'ex ministro Umberto Veronesi non c'è evidenza di danno. L'oncologo Tirelli: telefoni assolti per assenza di prove

**Alessandro Galimberti**

MILANO

■ Il cellulare provoca il tumore? Non c'è evidenza scientifica ma, in attesa di indagini epidemiologiche sul lungo periodo, meglio applicare nell'uso del telefono mobile (cordless compresi) «il principio di precauzione, soprattutto per quanto riguarda i bambini».

Il Consiglio superiore della sanità, all'indomani dell'inchiesta del programma televisivo Report sulle ricerche condotte negli anni sul tema (dai finanziatori fino agli esiti ufficiali), ha deciso di divulgare le conclusioni della seduta sui «rischi potenziali di uno smodato uso di telefoni cellulari» tenuta lo scorso 15 novembre al ministero.

Nel documento finale, il Consiglio ritiene che «in linea con gli studi dell'Agenzia internazionale della ricerca sul cancro (Iarc) e in accordo con l'Istituto superiore di sanità, non è stato finora dimostrato alcun rapporto di causalità tra l'esposizione a radio frequenze e le patologie tumorali», escludendo quindi il meccanismo causa-effetto tra l'uso del cellulare e l'insorgenza del cancro al cervello. Nonostante ciò, però, il Ciss aggiunge che «le conoscenze scientifiche oggi non consentono di escludere l'esistenza di causalità quando si fa un uso molto intenso del telefono cellulare. Va quindi applicato, soprattutto per quanto riguarda i bambini, il principio di precauzione, che significa anche l'educazione ad un utilizzo non indiscriminato, ma appropriato, quindi limita-

to alle situazioni di vera necessità, del telefono cellulare». Proprio su queste premesse «il ministero della Salute avvierà una campagna di informazione sulla base delle ultime relazioni degli organismi tecnico-scientifici per sensibilizzare proprio a tale uso appropriato».

Il dibattito scientifico circa la potenziale nocività delle onde radio ricevute dai telefonini è comunque subito divampato. Scettico l'ex ministro della salute, l'oncologo Umberto Veronesi: «Non credo che i cellulari facciano molto male - ha detto - possono dare un lieve aumento della temperatura a una piccola parte dell'apparato cerebrale, ma senza effetti importanti». Sulla possibilità di ammalarsi gravemente in seguito all'uso dei cellulari, Veronesi ha sottolineato che «è una cosa che dicono, ma che si dice da 15 anni», e quanto alle ricerche «ce ne sono mille di ricerche». Sulla stessa linea Umberto Tirelli, direttore del Dipartimento di oncologia dell'Istituto tumori di Aviano: «Che i cellulari siano possibilmente cancerogeni è un'assoluzione per mancanza di prove e non una condanna - ha dichiarato -. Oltre alle sostanze che per ora non sono documentate come cancerogene, le altre sono distinte in tre categorie: cancerogene (per esempio amianto, fumo di sigaretta), probabilmente cancerogene e possibilmente cancerogene. Tra le potenzialmente cancerogene, con limitata evidenza di carcinogenicità, ci sono le onde dei telefonini ma anche il caffè. I legami tra telefonini e tumori quindi sono deboli, come dimostrato dai numerosi studi degli ultimi dieci anni, non ultimo quello appena condotto in Danimarca che, su centinaia di migliaia di persone esaminate, ha escluso una correlazione tra telefonini e tumori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# «Bimbi a rischio, ridurre l'uso dei telefonini»

**Il Consiglio superiore di sanità: serve precauzione, il legame cellulari-tumori non è stato escluso. Presto la campagna del ministero Il Moige: fare chiarezza**

DA MILANO

**N**on si può escludere l'esistenza di un legame tra l'uso smodato dei telefonini e l'insorgenza del cancro. E anche se «non è stato finora dimostrato alcun rapporto di causalità tra l'esposizione a radio frequenze e le patologie tumorali, le conoscenze scientifiche non consentono» di escluderlo. Di conseguenza «va applicato, soprattutto per quanto riguarda i bambini (almeno 6 su 10 hanno il telefonino, ndr), il principio di precauzione», educando «a un utilizzo non indiscriminato, ma limitato alle situazioni di vera necessità». A rilanciare l'allarme e a fornire suggerimenti è il Consiglio superiore di sanità. E per questo il ministero della Salute avvierà una campagna di informazione al fine di sensibilizzare a un utilizzo appropriato dei telefoni. Mentre la presidente del Movimento italiano genitori, Maria Rita Munizzi, non nasconde la sua preoccupazione e invita il ministro a fare chiarezza. Scettico invece l'oncologo Umberto Veronesi: «Non credo che i cellulari

facciano molto male, possono dare un lieve aumento della temperatura a una piccola parte dell'apparato cerebrale, ma senza effetti importanti». Anche Umberto Tirelli, direttore del Dipartimento di oncologia medica dell'Istituto tumori di Aviano, avanza dubbi: «Che i cellulari siano possibilmente cancerogeni è un'assoluzione per mancanza di prove e non una condanna». E spiega: «Secondo l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) tutte le sostanze sono divise in più gruppi. Oltre a quelle che per ora non sono documentate come cancerogene, le altre sono distinte in tre categorie: cancerogene (per esempio amianto, fumo di sigaretta), probabilmente cancerogene e possibilmente cancerogene. Tra le potenzialmente cancerogene - caratterizzate da limitata evidenza di carcinogenicità negli uomini e meno che un'evidenza negli animali sperimentali - ci sono le onde dei telefonini, ma anche il caffè». Di conseguenza, sottolinea, «i legami tra cellulari e tumori sono deboli, come dimostrato dagli studi, non ultimo quello condotto in Danimarca che, su centinaia di migliaia di persone esaminate, ha escluso una correlazione». Ma siccome i cellulari sono sul mercato da soli 25 anni e non si può prevedere cosa accadrà tra altrettanti, per Tirelli «è meglio usare precauzione e limitarne l'uso ai ragazzi e proibirlo ai bambini perché hanno strutture ossee e cervello in crescita».





Il Consiglio di Sanità  
**Rischio tumori**  
 «Limitate  
 il cellulare  
 ai bambini»

POLIDORI  
 ■ A pagina 17

# «Attenti all'uso dei cellulari Soprattutto per i bambini»

*Il Consiglio superiore di sanità: serve più precauzione*

**I telefonini e i tumori: il Consiglio superiore di sanità dice di prestare attenzione soprattutto a farlo usare troppo ai bambini, ma Umberto Veronesi taglia corto: «Non credo che facciano male»**

**Elena G. Polidori**

■ ROMA

## LO STUDIO

**«Non è possibile escludere l'esistenza di causalità fra tante telefonate e i tumori»**

**NON È STATO** ancora dimostrato nulla. Ma se anche le case produttrici dicono che tenere il cellulare attaccato all'orecchio può favorire l'insorgenza di tumori al cervello — e lo fanno certamente per cautelarsi da possibili cause — una riflessione è d'obbligo. Il Consiglio superiore di sanità dice di prestare attenzione, soprattutto a fare usare troppo il cellulare ai bambini. Una puntata di *Report* di Milena Gabanelli ha ridestato l'ansia del pubblico sul fatto che un uso «smodato» del cellulare possa danneggiare seriamente la salute. Tant'è che nei libretti d'istruzione dei telefonini (che nessuno legge) si dice di tenere i cellulari ad una distanza media di 1,5 centimetri dall'orecchio. Ciò non toglie che la maggior parte degli studi che si occupano dei danni causati dalle onde elettromagnetiche siano finanziati dagli stessi produttori di telefonini, spesso tramite società di comodo o triangolazioni di denaro per non lasciare tracce. Insomma, di fatto siamo tutti «cavie» di un grande esperimento mondiale che solo tra qualche anno potrà dare risultati statistici attendibili.

**NEL FRATTEMPO** varrebbe la pena

usare cautela. La giustizia italiana ha emesso, unica al mondo, una sentenza sul collegamento tra uso dei cellulari e malattia.

Riguarda Innocente Marcolini, il quale aveva un neurinoma. Durante il lavoro l'uomo usava cordless e cellulari anche 6 ore al giorno, il tutto per 10 anni. La Corte d'appello di Brescia ha obbligato l'Inail a riconoscere la malattia professionale ritenendo che essa fosse riconducibile all'elevato utilizzo degli apparecchi. L'ultima parola sulla vicenda giudiziaria spetta comunque alla Cassazione, mentre uno studio dell'agenzia per la ricerca sul cancro dell'Oms ha dimostrato che usare più di 30 minuti al giorno il cellulare per più di dieci anni, fa aumentare di cinque volte la probabilità di un tumore al cervello.

**DATI** complessivamente inquietanti che hanno convinto ieri il Consiglio superiore di sanità a emanare un comunicato. Nel quale si sottolinea che, al momento, non è possibile escludere «l'esistenza di causalità» tra un uso molto intenso del telefono cellulare e l'insorgenza di tumori: «Finora non è stato dimostrato alcun rapporto tra l'esposizione a radio frequenze e le patologie tumorali». A meno che, però, il cellulare non venga usato «smodatamente».

**«LE CONOSCENZE** scientifiche — si legge nella nota — oggi non consentono di escludere l'esistenza di causalità quando si fa un uso molto intenso del telefono cellulare; va quindi applicato, soprattutto per quanto riguarda i bambini, il principio di precauzione», che significa farglielo usare il meno possibile e solo in casi di necessità. Il ministero della Salute avvierà prossimamente una campagna di informazione «per sensibilizzare proprio a tale uso appropriato».



**NFANZIA** Monito del Consiglio superiore. Sei piccoli su dieci hanno il cellulare

# Sanità, allarme sui telefonini limitare l'uso ai bambini

«Non dimostrato il nesso con il cancro, ma meglio essere cauti»

*Veronesi: l'aumento  
della temperatura  
all'orecchio  
non desta allarme*

di CARLA MASSI

ROMA - Fate che i bambini utilizzino al minimo i cellulari. Il monito è del Consiglio superiore di sanità che, pur non avendo sufficienti prove scientifiche della relazione tra telefonini e cancro, invita i genitori a controllare le abitudini dei figli. «Non si può escludere causalità - si legge nel documento degli esperti - tra esposizione a radio frequenze e cancro quando si fa un uso molto intenso degli apparecchi». Per i più piccoli si parla di «principio di precauzione». Che, tradotto nel quotidiano, vuol dire evitare che i bambini diventino schiavi dai telefonini. Che ne facciano, si legge ancora, «un uso smodato».

Proprio sulla dipendenza si concentra l'attenzione del Consiglio superiore di sanità. Non disponendo di un metro per misurare la quantità e la lunghezza delle telefonate che non fanno correre rischi alla salute, gli esperti chiedono di mettere un freno e contingente le comunicazioni. Il ministero della Salute ha annunciato che nelle prossime settimane partirà una campagna di informazione per indica-

re qual è l'uso appropriato del cellulare. Soprattutto per i più piccoli.

Di loro, in primavera, si è occupata l'Organizzazione mondiale della sanità che ha emesso un verdetto inaspettato: i telefonini possono causare il cancro. Gli apparecchi sono stati inclusi tra gli oggetti collegati all'insorgenza della malattia. L'Oms ha classificato i campi elettromagnetici a radiofrequenza come possibili cancerogeni per l'uomo. Un'ulteriore miccia sul dibattito scientifico che va avanti da quasi vent'anni. Immediato l'intervento della Società di pediatria: i bambini evitino di usare il cellulare e, se proprio devono farlo, è bene che lo utilizzino il meno possibile e con gli auricolari. «L'organismo dei più piccoli - sono le

parole della Società di pediatria - è più sensibile rispetto a quello degli adulti e il loro cervello ha una maggiore conducibilità, una minore consistenza delle componenti ossee ed essendo più basso, anche la distanza rispetto all'antenna è ridotta. E' doveroso diffondere alcune raccomandazioni».

Rassicura l'oncologo Umberto Veronesi: «Non credo che i cellulari facciano molto male, possono dare un lieve aumento della temperatura ad una piccola parte dell'apparato cerebrale ma senza effetti importanti. Da quindici anni e passa si parla di legame tra cellulari e cancro ma ancora nessuna certezza».

Certo è che la telefonomania è diventata un fenomeno così diffuso che le indica-

zioni degli esperti oggi si trasformano in consigli che vanno ad incidere sul quotidiano delle famiglie. Una ricerca Istat rivela che, tra gli 11 e 17 anni, la percentuale di chi ha un telefonino è del 92,7%, quasi il doppio del 55,6% del 2000. La crescita più alta, però, è stata quella per la fascia 11-13 anni arrivata all'86,2% di oggi rispetto al 35% di 11 anni fa. «Liberarsi del cordless anche in casa - suggerisce Giuseppe Mele presidente della Federazione medici pediatri - tenere il router wi-fi in un cassetto o in armadio. Ricordarsi dell'auricolare per i bambini ma non un dispositivo bluetooth».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



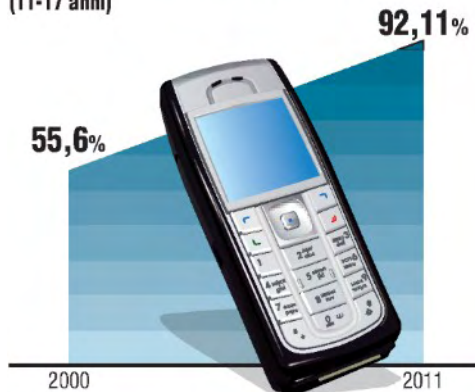
## Uno studio di 14 anni sugli adulti il lungo utilizzo non alza il rischio

ROMA - Lo studio, pubblicato qualche settimana fa sulla rivista scientifica British medical journal, è della società oncologica danese: non c'è evidenza tra l'uso del cellulare e i tumori al cervello. Le firme sono dei ricercatori Christoffer Johansen e Patrizia Frei. Sotto osservazione 358.403 possessori di telefonini tra il 1982 e il 1996.

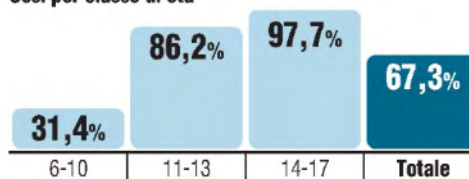
Il risultato è che i cellulari non aumentano il rischio di cancro alla testa e, più in generale, al sistema nervoso centrale. Anche in cui li utilizza da più di dieci anni. Durante lo studio sono stati registrati 10.729 casi di tumore al cervello «ma non è emersa- spiegano i ricercatori - alcuna differenza di rischio tra coloro che utilizzano il telefono da molti anni e coloro che non lo usano mai». «Non abbiamo trovato aumenti di rischio - aggiungono - sul sistema nervoso centrale ma ci sono domande aperte su chi usa moltissimo il cellulare».

## I minori e il cellulare

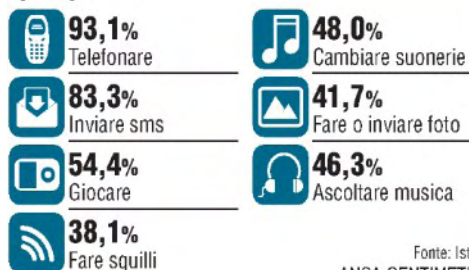
**Aumentano gli adolescenti che usano il cellulare (11-17 anni)**



**Così per classe di età**



**I principali utilizzi**



Fonte: Istat  
ANSA-CENTIMETRI

# Mensa

La difficoltà di coniugare le richieste delle famiglie con i gusti degli alunni. Indagine a campione scopre tre tipologie di madri: la salutista intransigente, l'equilibrata, l'indulgente-tradizionalista. La sperimentazione nei cibi? Non si fa a casa...

## Quando il nutrizionista a scuola mette d'accordo genitori e bimbi

ELVIRA NASELLI

**M**ettere d'accordo genitori, bambini e nutrizionisti su come dovrebbe essere la mensa scolastica ideale è come tentare la quadratura del cerchio. Ed è forse naturale che sia così, perché diverse sono le aspettative e i bisogni che il cibo a scuola dovrebbe poter soddisfare. Per un nutrizionista la mensa giusta dovrebbe essere sana, varia, in linea con le raccomandazioni del ministero della Salute e dell'Iran, quindi ispirata alla dieta mediterranea. I bambini, dal canto loro, amano pochi e semplici piatti - pasta al pomodoro o in bianco e cotolette, soprattutto - e nel loro conservatorismo gastronomico tenderebbero a nutrirsi soltanto di quelli. Aspettative opposte quelle delle mamme, che spesso chiedono alla mensa scolastica di ricoprire quel ruolo "educativo", con l'introduzione di nuovi alimenti, che a casa non si sentono di poter sostenere.

In una indagine presentata qualche giorno fa a Milano su 600 genitori di bambini dai 3 ai 10 anni - realizzata da Lexis ricerche per Sodexo, società che serve circa 140.000 pasti al giorno nelle scuole italiane - c'è il profilo di almeno tre approcci diversi: mamme salutiste severe e intransigenti, altre - la stragrande maggioranza - più equilibrate, che cercano di nascondere pesce e verdure in altre pietanze pur di inserirle nella

dieta dei figli, mamme indulgenti e un po' pasticciona, che non vogliono neanche provare a far assaggiare ai figli cose diverse da quelle che mangiano di solito. E pazienza se a sei anni fanno colazione ancora con il biberon, l'importante è che la facciano. Per alcune mamme - 20 per cento - la scelta della mensa è obbligata, per un altro 20 per cento addirittura sofferta. Non ne apprezzano la qualità, in particolare il ricorso a cibi surgelati o precotti, serviti a temperature inadeguate, troppo freddi.

In mezzo ci sono gli insegnanti, anche loro fruitori della mensa, che spesso però, secondo la ricerca, non hanno conoscenze maggiori di quelle dei genitori: non conoscono la dieta mediterranea, non sanno che i legumi sono proteici e gli zuccheri carboidrati e, soprattutto, quali proporzioni dovrebbero avere i nutrienti principali nella dieta dei bambini.

Infine, i piccoli studenti che, secondo la ricerca, da un lato sono curiosi e dunque attratti da alimenti colorati (dunque sì a carotine e pomodori e no a lenticchie e melanzane, troppo scure) e da preparazioni attraenti, dall'altro però temono le novità e i piatti troppo lontani dal cibo proposto a casa.

Meglio evitare, dunque, paste al forno o sformati dove non si riconoscono i singoli ingredienti: il bambino non riesce ad immaginarne il sapore e basta un solo ingrediente sgradito a far rifiutare tutto il piatto.

Ma come dovrebbe essere la

mensa ideale? I genitori hanno sintetizzato le richieste in tre aggettivi: sana, nel senso di varia ed equilibrata, pulita (nel senso igienico, quasi nessuno ha citato spontaneamente il biologico), buona. E in linea di massima apprezzano la varietà dei menù e l'equilibrio della dieta proposta ai figli. Anche se - precisa Elisabetta Ciserchia, responsabile Sistemi qualità e sicurezza della divisione scuola di Sodexo Italia - tendono a pensare che la mensa a scuola possa essere simile alla cucina di casa, cosa difficile se non impossibile, almeno non nelle grandi realtà, perché i numeri non lo consentono. È difficile anche capire l'ostilità dei genitori verso i prodotti surgelati, che entrano in gran parte delle cucine italiane. Il punto critico piuttosto resta l'accettazione delle verdure: alcune Asl hanno modificato le ricette in modo intelligente. I bambini non mangiano la minestrina con i ceci? E noi proponiamo delle polpettine panate al forno, molto più accattivanti. Ci serve però anche il supporto delle industrie alimentari, con formulazioni specifiche per la ristorazione scolastica, con diverse grammature legate alle fasce d'età. Abbiamo un accordo con un'azienda, per esempio, per degli hamburger di soia, che ci aiutano a sostituire proteine animali con quelle vegetali: in tre grammature, da 80 a 120 grammi, ognuna per una classe d'età».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I GUSTI DEI BAMBINI**  
Consigli per preparare e servire piatti graditi ai più piccoli

**BUONA PRESENTAZIONE**  
**SI** a un piatto ben presentato, con qualche decorazione  
**NO** al cibo offerto senza cura e forma

**COLORE ATTRAENTE**  
**SI** ai cibi colorati, vivaci e di colori contrastati (mozzarella, pomodoro e insalata)  
**NO** ai cibi troppo scuri (melanzane, lenticchie) o sbiaditi (pollo e cavolfiore)

**RICETTE CLASSICHE**  
**SI** ai piatti classici dell'infanzia (pasta in bianco, pizza, pollo con patate)  
**NO** a ricette complesse dove non si distinguono gli ingredienti (piatto unico, es. sfornato)

**INGREDIENTI BEN SEPARATI**  
**SI** a sapori e ingredienti separati per favorire la scelta  
**NO** al mix di 2-3 ingredienti, soprattutto se a base di verdure (spezzatino e piselli o carne e polenta o pesce e piselli)

**CIBI PIÙ AMATI DAI BIMBI**

- 1°** Pasta e riso
- 2°** Carne e salumi
- 3°** Pizza e focaccia
- 4°** Patate e purè

**CIBI MENO AMATI DAI BIMBI**

- 1°** Verdure e legumi
- 2°** Pesce
- 3°** Carne e salumi
- 4°** Formaggi e uova

FORNITE: LEXIS RICERCHE PER SODEXO, BASE INCHIESTA SU 600 GENITORI

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

**RIPARTO 2012****Scontro per 106 miliardi***Regioni spaccate sui criteri per assegnare i finanziamenti*

**I**l riparto 2012 del Fsn - 106 miliardi in palio - parte subito in salita. Con le Regioni di nuovo spaccate. Dopo l'invio della proposta dell'ex ministro Fazio le posizioni delle Regioni restano ancora molto lontane. Da una par-

te ci sono le Regioni del Sud che insistono con la deprivazione. Dall'altra un drappello di Regioni in ordine sparso, con il Veneto contrario alla deprivazione e favorevole a pesare le cronicità.

A PAG. 5

*Dopo l'invio della proposta di Fazio le posizioni delle Regioni restano molto lontane*

# Riparto 2012, intesa in salita

**Il Sud insiste con la deprivazione - Veneto contrario: pesiamo le cronicità**

**I**l riparto del Fondo sanitario per il prossimo anno - 106 miliardi, 108,7 se si calcolano anche le risorse vincolate - è già una trincea. Con le Regioni del Sud che compatte alzano in alto la bandiera del criterio della deprivazione, l'indice sulle condizioni socio-economiche da tempo sbandierato dai governatori meridionali come parametro in più da prendere in esame, accanto all'età, per ripartire con i finanziamenti del Ssn. Compresi quelli che saranno divisi con i costi standard del federalismo. E con le altre Regioni più o meno in ordine sparso divise tra chi punta al criterio della cronicità (la frequenza sul territorio di patologie come tumori o malattie cardiovascolari) o insiste sul peso dell'invecchiamento dei propri abitanti. Tra tutti il Veneto, il più acerrimo nemico dell'indice di deprivazione, che chiede invece di ricorrere a un approccio epidemiologico. Insomma tutti contro tutti o quasi. In attesa di parlare con il neo-ministro **Renato Balduzzi** che si troverà per le mani una bella patata bollente.

Tutto è iniziato con l'invio alle Regioni nelle scorse settimane della proposta di riparto 2012 dell'ex ministro della Salute, **Ferruccio Fazio** (si veda «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 44/2011). Una proposta che in pratica percorre la solita strada (quota pro capite pesata per età) con gli aggiustamenti del metodo del "lapis" (in sostanza una correzione "politica"). La proposta arrivata quasi fuori tempo massimo ha scatenato come ovvio molte polemiche. Tra tutte quelle dell'assessore alla Salute della Regione Puglia **Tommaso Fiore** che considera "irricevibile" la proposta di Fazio: «Non soltanto vengono confermati i criteri dello scorso anno - osserva Fiore -, ma per la prima volta un

ministro fa il lapis a quelle che dovrebbero essere le decisioni prese dai presidenti delle Regioni, pretendendo di sostituirsi, in qualche modo, a loro». Da qui la richiesta di Fiore che, a nome delle Regioni del Sud, lancia un appello a **Balduzzi**: «Chiediamo che il neo-ministro della Salute ritiri questo decreto e ne formuli un altro, d'intesa con le Regioni, che preveda nuovi criteri». A partire proprio dalla "deprivazione" che tanto aveva diviso, lo scorso anno, le Regioni al momento del riparto: con quelle del Sud che chiedevano appunto che si rivedessero i "pesi" tenendo conto anche delle condizioni socio-economiche delle popolazioni, notoriamente più critiche al Mezzogiorno. Secondo l'equazione: chi è più povero ha bisogno di più risorse per curarsi. Quella richiesta di revisione dei criteri allora fu congelata con la promessa che quest'anno finalmente si sarebbe aperta la partita. Per ora tutto è ricominciato con le solite schermaglie, condite da qualche polemica in più. Nel mirino del confronto tra i tecnici regionali è finito anche il tradizionale calcolo della popolazione che quest'anno potrebbe essere rivisto in base al censimento che sta effettuando l'Istat.

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Le posizioni delle Regioni sul riparto**

**Veneto**

No al criterio età + deprivazione (poco scientifico e disomogeneo). Ipotesi di ricorrere a un **approccio epidemiologico** che mira ad allocare le risorse sulla base degli indici epidemiologici a disposizione: in sintesi più risorse dove ci sono più malati

**Lombardia**

Vanno bene i criteri adottati nel 2011 (escluso il "lapis"), ma se devono essere cambiati vanno presi in considerazione tre criteri con cui assegnare specifiche quote del Fsn (dall'1 al 5%). E cioè: **cronicità** (presenza di patologie come tumori, malattie cardiovascolari ecc.); **accreditamento** per chi ha fatto o sta facendo attività di accreditamento delle strutture; **virtuosità**, calcolando un indicatore quantitativo di virtuosità (indicatore economico, adempimenti Lea ecc.). In più la Lombardia è favorevole a dedicare una quota di Fsn per le Regioni piccole

**Liguria**

La Regione ligure segnala come la spesa ospedaliera sia influenzata dall'indice di vecchiaia; la spesa farmaceutica sia dal **tasso di cronicità** che dall'indice di vecchiaia e la spesa in specialistica ambulatoriale dal tasso di cronicità

**Emilia Romagna**

Propone di introdurre fattori di correzione del riparto in base a un **indice di morbosità** calcolato sulla frequenza del-

le patologie croniche (tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie)

**Umbria**

La Regione chiede la conferma del **criterio dell'età** con pesi specifici per ciascun Lea. Apre all'introduzione di **indicatori di carattere socio-economico** ma in base a informazioni e flussi affidabili e chiede l'individuazione di **finanziamento perequativo per le piccole Regioni**

**Abruzzo**

Apre all'ipotesi di considerare l'**indice di deprivazione**, ma su dati aggiornati e senza trascurare indicatori diretti di salute

**Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia**

Le Regioni del Sud ritengono indispensabile che tra i criteri vengano utilizzati, oltre all'età, **l'indice di deprivazione, i tassi di mortalità, la dimensione territoriale e densità abitativa**. Inoltre chiedono che l'incremento di popolazione derivante da immigrazione, prevalentemente di individui giovani, venga ponderato con un peso inferiore in quanto rappresenta solo un costo marginale

**Basilicata**

Chiede l'istituzione di un **fondo per piccole Regioni** (meno di 1 milione di abitanti)

Aumento del 10% sul filo di lana dell'avvio dell'anno accademico per le iscrizioni ai corsi 2011-2012

# Facoltà di medicina: 963 posti in più

Porte aperte in media ad altri 23 studenti ogni ateneo in linea con le richieste delle Regioni

**A**rriva sul filo di lana dell'avvio dell'anno accademico la firma del neo-ministro dell'Università **Francesco Profumo**, per la prima volta di concerto col suo collega della Salute **Renato Balduzzi**, al decreto che assegna il 10% di posti in più (963) per i corsi di laurea in Medicina e chirurgia. Non più "prendendoli" da quelli inutilizzati per mancanza del punteggio sufficiente dedicati agli extracomunitari (si veda *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 42/2011), ma come incremento reale dei posti a bando. Una richiesta già avanzata al momento del primo decreto dell'Università per stabilire la disponibilità di posti dalle Regioni per far fronte al turn over e dalla FnomCeo, in vista della carenza annunciata a partire dal 2015 in poi dovuta alla gobba pensionistica che farà mancare nei prossimi 10-15 anni circa 30mila medici al Ssn.

Nelle facoltà i posti saranno coperti con il ripescaggio di altrettanti giovani nelle Università che applicheranno l'incremento. Spetta infatti ai singoli atenei la decisione, presa anche in base all'organizzazione strutturale dei corsi (numero di aule, professori ecc.), ma già circa quindici (quasi la metà di quelli sede delle facoltà di Medicina) a conclusione dell'esame del 5 settembre avevano fatto richiesta di posti in più prima ancora che ci fosse l'ipotesi di incremento. Tra questi anche Università di grandi dimensioni dove l'aumento pesa di più come Torino, Firenze, Roma Sapienza, Napoli Federico II e Palermo che da sole assorbono quasi 250 dei 963 nuovi posti a disposizione.

Anche gli altri atenei sono pronti a recepire l'incremento e aspettano solo la pubblicazione del decre-

to, mentre sarebbero davvero poche le Università che preferiscono non avviare alcun ampliamento in ragione del rispettivo potenziale formativo. Giovedì scorso intanto il presidente della Conferenza dei presidi **Eugenio Gaudio** ha convocato una riunione dei responsabili delle facoltà mediche per concordare un percorso comune.

L'ampliamento del 10% di posti se applicato in tutte le Università porterebbe il numero complessivo dei neo-studenti a quota 10.451, rispetto a una richiesta regionale di 10.556 posti e a una necessità legata al turn over del 2,7% per la professione medica di 10.156 studenti. Questo naturalmente non vuol dire che tra sei anni ci saranno oltre 10mila medici in più su piazza, perché la cosiddetta "mortalità didattica", la percentuale cioè di abbandono dei corsi, di circa il 20%, ha portato finora, a fronte di una media negli ultimi anni di circa 8.500 posti a disposizione, a non più di 6.700 laureati medi l'anno.

«Nel corso degli ultimi anni - ha commentato **Angelo Mastrillo**, segretario della conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie - si è cercato di ottimizzare la determinazione dei posti attraverso la riduzione della tempistica per la consultazione delle parti interessate. Completando tale rilevazione, a metà maggio si potrebbero avviare i lavori di ottimizzazione per la determinazione dei posti, che deve avvenire per legge entro fine giugno: 60 giorni prima degli esami di ammissione che si svolgono nei primi giorni di settembre, evitando così rincorse dell'ultim'ora».

**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

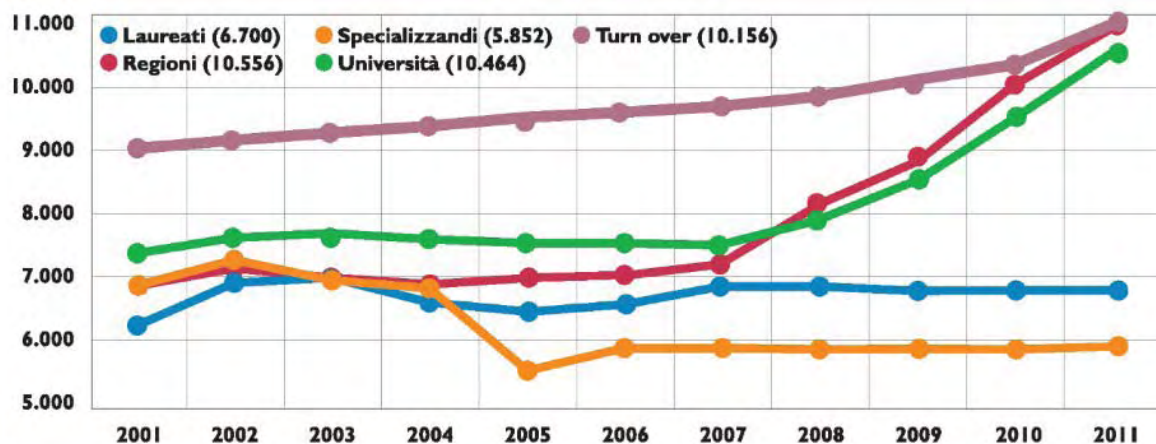




**Stima degli effetti su ogni ateneo dell'aumento dei posti**

Università	Posti a bando	Posti con +10%	Posti aggiuntivi	Università	Posti a bando	Posti con +10%	Posti aggiuntivi
Torino I	353	388	36	Perugia	216	238	22
Torino 2	120	132	12	Roma Campus	110	121	11
Vercelli Novara	75	83	8	Roma Cattolica	282	310	29
Brescia	190	209	19	Roma Sapienza I	640	704	65
Milano	400	440	40	Roma Sapienza 2	191	210	20
Milano Bicocca	128	141	13	Roma Tor Vergata	220	242	22
Milano S. Raffaele	132	145	14	Chieti	198	218	20
Pavia	256	282	26	L'Aquila	140	154	14
Varese	153	168	16	Campobasso	75	83	8
Trieste	121	133	13	Napoli Federico II	397	437	40
Udine	96	106	10	Napoli 2	400	440	40
Padova	386	425	39	Salerno	180	198	18
Verona	176	194	18	Bari	319	351	32
Genova	265	292	27	Foggia	75	83	8
Bologna	363	399	37	Catanzaro	160	176	16
Ferrara	197	217	20	Catania	315	347	32
Modena Reggio	149	164	15	Messina	200	220	20
Parma	220	242	22	Palermo	400	440	40
Ancona	143	157	15	Cagliari	180	198	18
Firenze	280	308	28	Sassari	120	132	12
Pisa	270	297	27	<b>Totale</b>	<b>9.501</b>	<b>10.464</b>	<b>963 *</b>
Siena	210	231	21	* Arrotondato dal Miur per eccesso rispetto al 10%			

**Le richieste a confronto**



Rapporto Arno su 544mila pazienti che costano in media 2.756 euro all'anno

# Diabete, i conti in tasca al Ssn

Il 57% della spesa legato ai ricoveri e il 23% ai farmaci per le comorbidità

**I**l diabete è una delle malattie cronico-degenerative più diffuse con una prevalenza del 5,8% e un trend in continuo aumento (+1,3% rispetto all'analisi del 2007), gravato da molteplici complicanze croniche ad alto impatto sia sulla qualità della vita che sulle risorse sanitarie.

Con l'obiettivo di analizzare il profilo epidemiologico, socio-sanitario ed economico della popolazione con diabete e dare voce a una lettura/interpretazione dei dati da parte di tutti gli operatori coinvolti, il Cineca e la Società italiana di diabetologia (Sid) hanno presentato a Bologna, il 16 novembre scorso, il nuovo rapporto Arno dedicato al profilo assistenziale della popolazione con diabete.

Dal data base dell'Osservatorio Arno del Cineca, ottenuto dall'integrazione per ogni singolo paziente dei flussi sanitari (farmaceutica, ricoveri, specialistica) di un network di 32 Asl sul territorio nazionale, con una popolazione rappresentata di quasi 10 milioni di abitanti, è stata identificata una coorte di circa 544mila pazienti con diabete.

La disponibilità di dati integrati, che coprono ormai un periodo temporale di 15 anni, consente di avere un'idea precisa sull'andamento dei profili assistenziali e di generare proiezioni utili per un'ottimale pianificazione sanitaria.

**Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) della popolazione con diabete.** Ogni persona con diabete costa mediamente al Ssn il 78% in più di un non diabetico (2.756 € vs 1.545 €) così ripartiti: 6% per farmaci antidiabetici, 23% per farmaci legati alle comorbidità, 57% per ricoveri ospedalieri e 14% per prestazioni specialistiche (escluse le spese per il materiale per l'autocontrollo e la somministrazione dell'insulina).

**Trattamento farmacologico.** Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, la maggior parte dei diabetici (67%) viene trattata con farmaci ipoglicemizzanti orali, il 10% con ipoglicemizzanti + insulina, 11% solo con insulina. Solo il 12% dei casi non segue trattamento farmacologico, ma è curato con dieta ed esercizio fisico.

Il maggiore costo della terapia antidiabetica è rappresentato dall'insulina. Negli ultimi 5 anni i pazienti trattati con analoghi dell'insulina sono più che raddoppiati e la spesa media pro capite è aumentata del 42% (+150 €).

Inoltre, in questi ultimi anni si so-

no affacciate sul mercato nuove categorie di farmaci per il trattamento dell'iperglicemia nel diabete tipo 2 quali incretino-mimetici, inibitori della DPP-4, con valori di spesa media per trattato decisamente più elevata rispetto a quelli tradizionali.

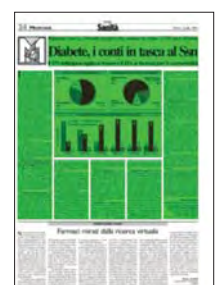
Caratteristica dei pazienti con diabete è la presenza di comorbidità quali ipertensione, dislipidemia, obesità ecc. Più del doppio delle persone con diabete, rispetto ai non diabetici, è in trattamento anche con farmaci per la dislipidemia, il 70% in più con antiaggreganti, il 24% in più con altri farmaci cardiovascolari. Un maggiore impiego di tali farmaci nel diabete è indicato da tutte le linee guida che prevedono un trattamento aggressivo di tutti i fattori di rischio cardiovascolare presenti (ipertensione, ipercolesterolemia ecc.).

**Ricoveri ospedalieri.** I ricoveri ospedalieri costituiscono la prima fonte di spesa sanitaria nei pazienti con diabete che presentano un tasso di ricovero del 31%, circa l'80% in più rispetto ai pazienti senza diabete e con un maggior rischio dovuto alle complicanze legate al diabete: malattie cardiovascolari (+96%), neuropatie (+108%), nefropatie (+120%) ecc. Le amputazioni per i pazienti con diabete sono 5 volte più alte rispetto ai pazienti senza diabete.

**Specialistica e diagnostica.** Il 90% dei pazienti con diabete esegue almeno una prestazione specialistica all'anno, il 10% in più rispetto ai non diabetici. La maggior parte di queste è costituita da esami di laboratorio (+23%) e visite specialistiche (+28%), queste due voci assieme rappresentano circa la metà della spesa complessiva per prestazioni specialistiche.

**Indicatori di qualità.** La disponibilità di dati analizzati su base di popolazione tramite il linkage di fonti informative diverse per singolo paziente ha consentito di mettere in evidenza come alcuni indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica, definiti dalle Società scientifiche diabetologiche, Sid e Amd, rispetto agli standard italiani di cura del diabete siano ancora ben lontani dall'essere ottimali. Solo il 64% dei diabetici ha eseguito almeno una misurazione dell'emoglobina glicata all'anno, mentre lo screening della nefropatia diabetica, il più forte predittore di rischio cardiovascolare nei diabetici, è stato effettuato negli ultimi 12 mesi da meno di 1/3 dei pazienti.

**Differenze di genere.** Come confermato anche dalla letteratura, la pre-



valenza del diabete è maggiore negli uomini (6,1% vs 5,5%) in tutte le fasce d'età, eccetto per la fascia <34 anni.

Nelle donne i ricoveri per insufficienza cardiaca sono più frequenti che negli uomini, mentre il contrario si osserva per i ricoveri per infarto del miocardio o cardiopatia ischemica. Il dato potrebbe riflettere una reale differenza di genere nella fisiopatologia del sistema cardiovascolare.

**Il diabete negli stranieri.** Le profonde modificazioni nella popolazione italiana rendono estremamente interessante la lettura dei riflessi che questo sta determinando nell'assistenza sanitaria. Per tale motivo, all'interno del Rapporto Arno Diabete è stata dedicata una sezione al diabete negli stranieri.

Nella rete di Asl dell'Osservatorio Arno sono stati evidenziati circa 10.000 (2,7%) stranieri con diabete.

Dall'analisi emergono la giovane età, la bassa prevalenza totale della malattia e la variabilità nella prevalenza in rapporto al Paese di nascita o di cittadinanza. Questa variabilità non è probabilmente dovuta soltanto alle differenze d'età, ma riflette anche una differente suscettibilità genetica nei confronti delle modificate abitudini alimentari.

La giovane età determina un costo diretto per soggetto trattato molto inferiore a quello calcolato nella coorte degli italiani come l'uso di farmaci per il rischio cardiovascolare e le comorbidità.

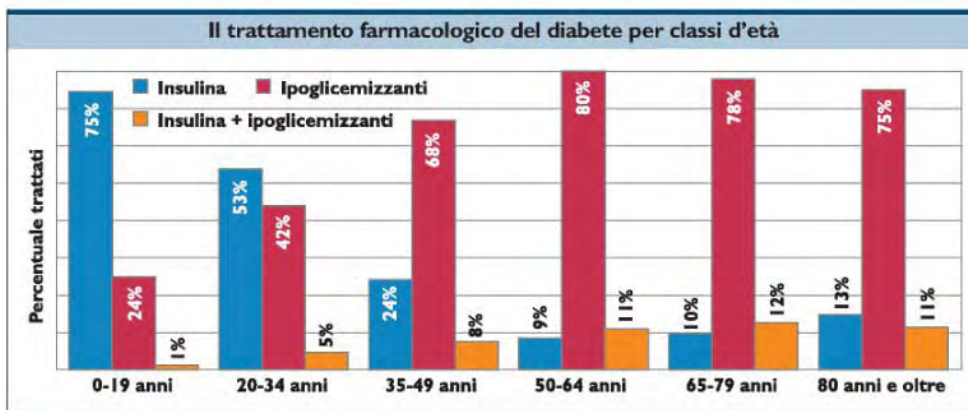
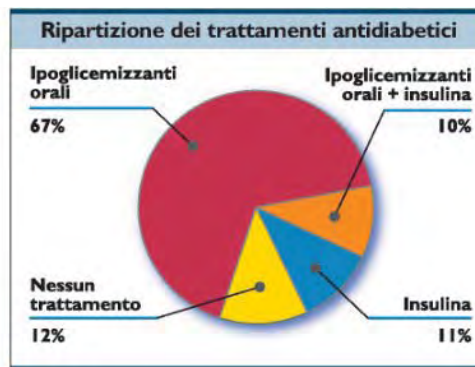
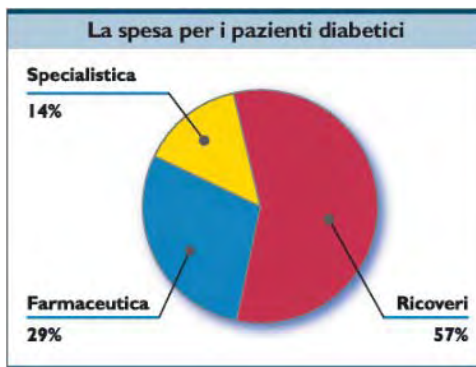
In conclusione, attraverso la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta) il Rapporto Arno Diabete 2011 rappresenta un valido supporto non solo per gli operatori del network assistenziale, ma anche per quelli che sono preposti alla programmazione e gestione del sistema sanitario, contribuendo a razionalizzare e ottimizzare l'utilizzazione delle risorse nell'interesse della collettività.

**Marisa De Rosa**

Direttore Dipartimento Sanità Cineca - Consorzio interuniversitario, Bologna

**Giulio Marchesini Reggiani**

Direttore Struttura dipartimentale di dietetica clinica Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna



## Emergenza: ecco i nuovi standard che collegano ospedale e territorio

Da Simeu e Fimeuc la revisione degli standard organizzativi per le cure d'emergenza. Nel testo si prevede la massima integrazione tra cure extra-ospedaliere e in ambito Dea. La proposta degli esperti al nuovo **ministro Balduzzi**: ogni riordino, anche sul territorio, dovrà fare capo alla gestione ospedaliera. (Servizi a pag. 22-23)

*Gli standard Fimeuc-Simeu mirano a integrare l'assistenza e a ricondurla in ambito Dea*

# Non c'è urgenza senza ospedale

**Una sola unità operativa complessa punto di riferimento per Ps, I18 e Obi**

## Gestione dei ricoveri, arriva il «bed manager»

**L**a gestione dei posti letto da rendere disponibili per l'area dell'emergenza-urgenza costituisce una delle maggiori criticità delle strutture ospedaliere dei Paesi avanzati. L'insufficiente o ritardata disponibilità rispetto alla domanda quindi tende a ribaltarsi sulle strutture dell'emergenza, specie negli ospedali metropolitani.

Parte da questi assunti la proposta contenuta

**L'**emergenza territoriale? È un contraddizione in termini, un'espressione che non ha significato se non si mette davvero mano a un riordino delle cure primarie. E, soprattutto, se non si riconduce l'organizzazione dell'assistenza delle urgenze al suo ambito d'elezione: l'ospedale.

Gli "Standard organizzativi delle strutture di emergenza-urgenza" messi a punto dalla Simeu (Società italiana di Medicina di emergenza-urgenza) e dalla Fimeuc (Federazione italiana di Medicina di emergenza-urgenza e catastrofi) non sono un manuale d'uso: rivedono, questo sì, le linee guida del 2005, ma a scorrerle appare chiaro come gli estensori abbiano inteso con questo documento lanciare la loro proposta di riorganizzazione dell'assistenza. Questi nuovi "standard" vogliono essere lo strumento che rilancia il dialogo con gli interlocutori istituzionali, a partire dal nuovo **ministro della Salute Renato Balduzzi**. Perché è chiaro che non convince il documento di lavoro intorno al quale l'ex titolare del dicastero **Ferruccio Fazio** aveva convocato un tavolo di lavoro coordinato dall'Agenas e incentrato sulla gestione delle emergenze light sul territorio (si veda ancora l'articolo a fianco e Il Sole-24 Ore Sanità n. 43/2011). Mentre «è indispensabile in tempi rapidi una organica e completa revisione della legislazione vigente», si legge nella Premessa al documento sugli standard.

«È l'ospedale l'alveo naturale cui ricondurre anche il complesso settore dell'emergenza pre-ospedaliera», spie-

gli standard Simeu-Fimeuc per l'istituzione del "bed manager" e di programmi organizzativi di bed management. Perché, come si legge nel documento, «la gestione della risorsa posto letto rappresenta un elemento organizzativo-gestionale strategico a livello regionale e aziendale che richiede il coinvolgimento e la realizzazione di tutte le strutture coinvolte».

La funzione di bed manager è prevista nei Dea di I e di II livello, mentre nei centri più articolati ad alto flusso è consigliata l'istituzione di un Ufficio posti letto. Il bed manager può essere una figura infermieristica o amministrativa, compe-

ga il segretario Fimeuc **Adelina Ricciardelli**. In quest'ottica, centrale operativa e gestione delle emergenze territoriali - insieme a pronto soccorso, medicina d'urgenza e osservazione breve intensiva - fanno capo a un unico Dea ospedaliero. Altolà dunque alle esperienze, «fallimentari, sottolinea Ricciardelli, che trasformano il I18 in azienda: perché si realizzi una vera integrazione di personale e di interventi occorre un Dipartimento unico, comprensivo di più strutture».

**La rete organizzativa.** Il sistema di emergenza si articola in una configurazione a rete composta da:

- centrale operativa, dotata di numero di accesso breve e unico (118) su tutto il territorio nazionale, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario, in grado di coordinare il Sistema di emergenza territoriale;
- emergenza pre-ospedaliera (operatori, mezzi, postazioni di sosta e di partenza, punti di primo intervento) operativa sulla base di procedure che garantiscono il governo clinico dell'intervento nella fase di avvicinamento al pronto soccorso di destinazione;
- pronto soccorso;
- Dipartimento di emergenza urgenza di I livello (Dea spoke);
- Dipartimento di emergenza di II livello (Dea hub).

**Il personale.** Dalle strutture al personale, il passo è breve: vinta la battaglia per l'istituzione della Scuola di specializzazione in emergenza-urgenza, ora la Fimeuc si toglie la soddisfazione (anche perché il braccio di ferro con gli anestesisti rianimatori non cessa) di proporre questo "nuovo" profes-

sionista come figura unica di riferimento per tutti gli ambiti d'intervento. «Per la complessità dell'iter formativo e a garanzia della qualità degli standard assistenziali - si legge ancora nella Premessa al documento sugli standard - è necessario che il professionista dell'emergenza (medico e infermiere) sia omogeneamente e stabilmente inquadrato nel sistema. Da ciò consegue che sarà anche legittimato a svolgere la propria attività in tutte le articolazioni organizzative e a rivestire tutte le posizioni funzionali e direttive del sistema stesso».

Supportato da un "cruscotto" dei posti letto costantemente aggiornato, il bed manager svolge un'ampia rosa di attività: monitora gli accessi tramite ambulanza, verifica la disponibilità giornaliera sulla base del programmato, raccoglie il fabbisogno e le richieste specifiche, verifica le disponibilità presenti/previste durante la giornata, provvede alla reportistica giornaliera e mensile dei letti utilizzati, segnala ai reparti richieste particolari.

Fitto l'elenco delle competenze del medico d'emergenza-urgenza, che spaziano dalla cura del paziente alle abilità tecniche, dalla comunicazione e cura degli aspetti relazionali alla professionalità ed etica, dalle abilità organizzative alla didattica e ricerca. L'approccio al paziente, intanto, dev'essere globale piuttosto che organo-specifico e mirato a una rivalutazione continua delle condizioni cliniche. Case-management, gestione dei flussi di pazienti e medicina basata sulle evidenze dovranno diventare "pane quotidiano" per qualunque camice bianco



deputato all'emergenza.

Co-protagonista è l'infermiere, che come il medico opera secondo percorsi clinici assistenziali condivisi dai Dipartimenti. Ma quella dei nurse è una categoria ancora nel guado tra formazione avanzata e riconoscimento "de facto" di competenze specifiche (come la possibilità, assegnata in alcune Regioni, di impiegare farmaci nelle autoambulanze) da un lato, e carenza di una copertura legislativa che la tuteli, dall'altro.

Ad affiancare medici e infermieri, interi settori di personale scoperti, come gli autisti soccorritori, orfani da sempre di una normativa di settore.

**Triage e Obi.** Gli standard Simeu-Fimeuc, come detto, entrano anche nel merito delle "novità" organizzative in pronto soccorso. Due esempi per tutti sono le indicazioni su triage e Obi.

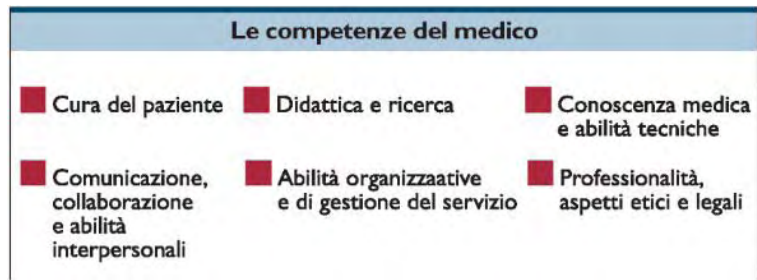
Il triage, primo contatto sanitario che il paziente deambulante ha con l'organizzazione sanitaria (mentre la persona barellata riceve le prime cure sulle unità mobili di soccorso), è una funzione infermieristica mirata alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo. Non riduce i tempi di attesa, ma li redistribuisce a favore di chi necessita di interventi urgenti. Ogni Ps, si legge negli standard, deve sviluppare un progetto ad hoc per ottimizzare l'attività di triage garantendo il rispetto dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. Per questo è utile attivare gruppi multiprofessionali (medici e infermieri esperti) che collaborano con i responsabili medici e infermieristici del servizio nel verificare il sistema di triage. L'area di triage va progettata per tre tipologie di pazienti: barellati, deambulanti e pediatrici.

L'Obi, infine: riservata a quei pazienti per i quali non è possibile stabilire dimissione o ricovero nell'arco delle prime 4-6 ore dall'arrivo in Ps, va collocata in uno spazio attiguo al Ps, cui è funzionalmente collegata. È dotata di un posto letto ogni 4-6 mila accessi (ogni 8-10 letti va previsto un infermiere) e il paziente vi può rimanere in regime di osservazione (cioè senza Drg) fino a 36 ore. L'attività di osservazione deve svolgersi separatamente da quella del Ps per pediatria, psichiatria e ostetricia. Per i pazienti pediatrici nei Ps generali, in ospedali privi di Ps pediatrico o di Uo di Pediatria, vanno riservati locali di degenza ad hoc e adeguatamente attrezzati.

a cura di

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'IMPEGNO DEL MINISTRO****«Garantiremo l'equità»**

Revisione dei ticket nel quadro del Patto con i governatori

La rimodulazione dei ticket di nuovo in auge con la manovra 2011 saranno rimodulati «con trasparenza ed equità, d'intesa con le Regioni, con il riconoscimento del reddito familiare e della numerosità dei figli».

È il primo impegno del neo ministro della Salute, Renato Balduzzi, che avverte: «La problematica dovrà essere inserita nel Patto per la salute, ovvero in un sistema condiviso con le

Regioni».

Nessuna indicazione «politica», poi, su eventuali tagli. Semmai un avvertimento: «La scommessa del Ssn - dice Balduzzi - si vince attraverso una corretta organizzazione dei diversi fattori: umani, strutturali e finanziari». E se tagli ci saranno «saranno conseguenza di ciò che ci siamo trovati ad affrontare».

A PAG. 4

Prime dichiarazioni del neo ministro Balduzzi sugli interventi in agenda per il settore

# Si riparte dal nodo dei ticket

## Rimodulazione equa - Mediazione su redditi e figli nel Patto per la salute

Equità e trasparenza a partire dai ticket. Che il Governo cercherà di rimodulare «d'intesa con le Regioni, con il riconoscimento del reddito familiare e della numerosità dei figli».

Il tema esplosivo in estate - quando grazie alla manovra di primavera si è riaperto il dibattito su come e quando far pagare il ticket di 10 euro su specialistica e diagnostica già in vigore ma puntualmente coperto a carico dei fondi pubblici - non poteva non entrare di peso nell'agenda del ministro della Salute, Renato Balduzzi, che nelle prime dichiarazioni rilasciate la settimana scorsa ha lasciato intravedere la lista delle prime emergenze sul tappeto. I ticket dunque, oggetto ancora in queste settimane di limature da parte delle Regioni.

Una buona palestra peraltro, e un buon viatico quello dell'equità quando c'è in vista un faccia a faccia pesante con le Regioni già in stato d'agitazione per il riparto del Fsn 2012. Balduzzi è parso voler preparare la strada per i temi caldi che si avvicinano a grandi passi: tagli no, rimpasti sostanziosi sì. Perché la scommessa del Ssn «si vince attraverso una corretta organizzazione dei diversi fattori: umani, strutturali e finanziari». E se tagli ci saranno «non saranno frutto di una scelta politica ma una conseguenza di ciò che ci siamo

trovati ad affrontare».

Insomma, un Governo equo ma costretto a lavorare nell'emergenza, con la scommessa di far quadrare tutto in modo tanto virtuoso da smussare il peso dei sacrifici annunciati. Balduzzi fa nomi e cognomi: «Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana hanno dato la migliore dimostrazione di saper riuscire a stare dentro il sistema, riuscendo a mettere insieme risorse e prestazioni dei servizi, senza dover ricorrere alla scelta di emergenza dei tagli, che dipende sempre da una carenza precedente di programmazione. Perché si taglia se non si è programmato bene». Tutto chiaro.

I conti scomodi, del resto, ministro e Regioni li faranno seduti allo stesso tavolo: «L'obiettivo è quello di ritornare a stabilire un rapporto con queste spese che sia coerente con situazione reddituale familiare», ha ripetuto il ministro, aggiungendo che «la problematica dovrà essere inserita nel Patto per la salute, ovvero in un sistema condiviso con le Regioni».

E tra i fattori virtuosi che Balduzzi vuol veder girare nella Sanità rinnovata c'è senz'altro una nuova crociata anti-corruzione rispetto alla quale non saranno ammesse defezioni: «In Sanità ci sono investimenti importanti, girano molti soldi, ci sono strumenti che costano molto e ci sono decisioni prese anche in modo molto decentrato che han-

no un effetto finanziario molto forte». Niente tentennamenti, dunque. Così come non ci saranno tentennamenti, par di capire, rispetto a principi e background che accompagneranno l'agire politico del neo ministro che un campionario abbastanza illuminante del proprio pensiero lo ha offerto anche intervenendo alla XXVI conferenza internazionale del Pontificio consiglio per gli operatori sanitari, in Vaticano.

«Il diritto alla vita - ha detto - non è espressamente menzionato nella Costituzione italiana. La mancata formalizzazione significa che esso è più di un diritto, che può essere regolato. È il presupposto per l'esercizio di tutti i diritti, insomma quello che possiamo definire un principio-valore, il principio della dignità umana». «Per questo l'avanzamento della scienza medica non deve solo portare un sollievo freddo, quasi meccanico, ma deve coniugarsi con la vicinanza umana tra medico e paziente, una sorta di patto che si instaura per cui è possibile parlare di convergenze tra diritto alla salute e diritto a vivere secondo dignità». E la sfida va affrontata «evitando due rischi, quello del massimalismo di segno etico da una parte e quello di minimalismo di segno politico dall'altra».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Lettera dei governatori : «Ecco le nostre priorità»

**P**atto per la salute, finanziamento, edilizia sanitaria e piani di rientro: il presidente dei governatori Vasco Errani, chiedendo la scorsa settimana un incontro urgente al **ministro della Salute Renato Balduzzi**, gli ha inviato anche una scheda sintetica su sette grandi temi di confronto tra Governo e Regioni che per la Sanità hanno al primo posto la definizione di un nuovo Patto per la salute in cui si dovranno sciogliere tre «modi cruciali».

Il primo è il finanziamento del Ssn, che rispetto al Patto 2010-2012 è stato ritoccato unilateralmente al ribasso dal Governo, fatto questo stigmatizzato già da mesi dai governatori.

C'è poi la questione delle risorse per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico, anch'esse «tagliate» di un miliardo con l'ultima manovra, lasciando a secco investimenti strategici e soprattutto paralizzando una serie di accordi di programma già messi a

punto che senza risorse restano al palo.

Il terzo punto riguarda le procedure per la gestione dei piani di rientro. Un discorso già avviato con il «vecchio» Patto, ma che per ora ha visto la gestione a senso unico del Governo, nonostante la richiesta esplicita delle Regioni di avere pari diritti di intervento.

Tra i sette punti poi c'è il trasporto pubblico locale che «richiede misure urgenti» dal 2012; il federalismo fiscale per avviare una verifica sull'attuabilità dopo l'impatto delle varie manovre sui bilanci regionali; la revisione del Patto di stabilità; la riduzione dei costi delle istituzioni (già avviato dalle Regioni al loro interno); scelte condivise sulla riforma del bilancio Ue e sulla riforma dei fondi strutturali; Welfare, le cui risorse «sono state pressoché azzerate dalle ultime manovre» rendendo impossibile per le Regioni «assicurare i servizi essenziali di assistenza alla persona».

Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato: contratti flessibili in aumento e dirigenti sempre più vecchi

# I medici precari sono raddoppiati

Dal 2001 al 2010 si moltiplica il tempo determinato - Over 55 aumentati del 222%

**I** medici precari sono passati dai 3.700 del 2001 agli oltre 7.300 del 2010. E al "raddoppio" dell'instabilità lavorativa si associa un aumento esponenziale dell'età: gli over 55 sono più che quadruplicati. Il che non lascia spazio ai giovani, destinati sempre di più a lavori a tempo determinato.

Il dato è del Conto annuale 2010 della Ragioneria generale dello Stato: il Ssn è tra i comparti della Pa in cui è cresciuta la stabilizzazione dei contratti atipici, ma anche quello, con gli enti locali, che raggiunge le massime concentrazioni di contratti a tempo determinato: il 36 per cento.

A PAG. 2-3

CONTO ANNUALE 2010/ Il tempo determinato per i dottori è cresciuto del 100% dal 2001

## Medici, aumentano i precari

Il 7% di camici bianchi e il 6% di dirigenti e personale non hanno un lavoro stabile

**N**el 2001 erano poco più di 3.600 i medici con un contratto a tempo determinato (di cui il 50% donne); nel 2010 sono saliti a 7.313 (di cui il 57% donne). Un numero di "precari" a cui i sindacati ne aggiungono almeno altri 800-900 "invisibili" con contratti che definiscono "fantasiosi" (a gettone, su chiamata o con altri meccanismi escogitati dalle aziende) destinati a restare a lungo senza un lavoro fisso non solo per i continui blocchi di turn over e per la necessità di contenimento della spesa di personale che agisce sugli organici anche nelle Regioni con i conti a posto, alzando l'asticella di chi non ha un lavoro stabile.

Il dato emerge dall'analisi del Conto annuale 2010 della Ragioneria generale dello Stato (si veda anche *Il Sole-24 Ore Sanità n. 44/2011*), pubblicato la scorsa settimana. E anche se il Conto annuale pone il Ssn tra i comparti in cui è cresciuta la stabilizzazione del personale con contratti atipici, la stessa rilevazione mette in evidenza che nel comparto Enti locali e in quello della Sanità, considerando tutto il personale "precario" e non solo quello dirigente, si raggiungono le massime concentrazioni di contratti

a tempo determinato di tutta la Pa: il 48% negli Enti locali e il 36% in quello della Sanità.

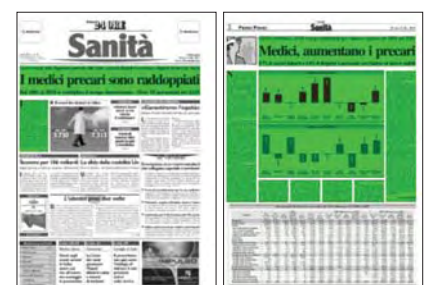
L'allarme viene però soprattutto dal trend con cui sono aumentati i cosiddetti "lavori flessibili": dal 2001 al 2010, tranne nelle categorie di personale meno numerose e comunque con retribuzioni inferiori (dove mancano le indennità dovute al personale sanitario a esempio), tempo determinato, lavoro interinale, lavori socialmente utili, contratti di formazione lavoro e telelavoro sono costantemente aumentati con la prima forte accelerazione tra il 2004 e il 2005 (i medici precari sono cresciuti in dodici mesi di quasi 1.300 unità), anni in cui sono state avviate le prime misure di contenimento di spesa sul personale.

E la situazione è più allarmante se si considera che la condizione di precariato caratterizza in misura massiccia il personale più giovane: una recente indagine dell'Ordine dei medici di Roma, il più numeroso d'Europa (si veda *Il Sole-24 Ore Sanità n. 44/2011*) ha rilevato che fino a 40 anni di età il 18,4% dei medici ha un contratto con una durata oltre i 36 mesi, mentre il 52,3% lavora da sei a dodici mesi. Quasi quattro medici su dieci hanno un contratto a tempo indeterminato (il 35,4%). Tre lavorano come

liberi professionisti o convenzionati a inizio carriera (il 32%). Poco meno di tre medici su dieci con età fino ai 45 anni (il 28,2%) è occupato in lavori cosiddetti atipici: lavoro a termine, inserimento (16,8%), co.co.co., occasionale (11,4%). Più del 40% dei medici che operano con un contratto atipico ha oltre 10 anni e fino a 15 anni di anzianità di laurea.

Per quanto riguarda la stabilizzazione dei contratti atipici indicata nelle Finanziarie 2007 e 2008 e dalla legge 102/2009, nel Ssn il Conto annuale indica una flessione delle unità con lavoro flessibile negli ultimi tre anni, passando dalle circa 37mila unità del 2008 alle 33.157 del 2010. In realtà, però, a ridursi sono i precari delle attività non sanitarie (soprattutto i ruoli tecnici e professionali).

Tuttavia questa stabilizzazione si concentra soprattutto tra le categorie con le retribuzioni medie più basse. A ridursi nel 2010 rispetto al 2009 - tranne una leggerissima flessione per i dirigenti sanitari non medici - sono infatti i lavori atipici del personale non dirigente, quello cioè le cui buste paga sono valutate dalla stessa Ragioneria in una media di circa 30mila euro l'anno. Al contrario, sempre rispetto alla differenza 2009-2010, aumenta vistosamente l'utilizzo dei lavori atipici (in media +10% circa) per medici e odontoiatri, veterinari e tutti i dirigenti non medici (unica eccezione l'aumento di precarietà del personale amministrativi non medico) tranne quelli sanitari pressoché stabili, ma che dal 2001 al 2010 sono comunque cresciuti dell'84% circa. E il Conto annuale indica una retribu-



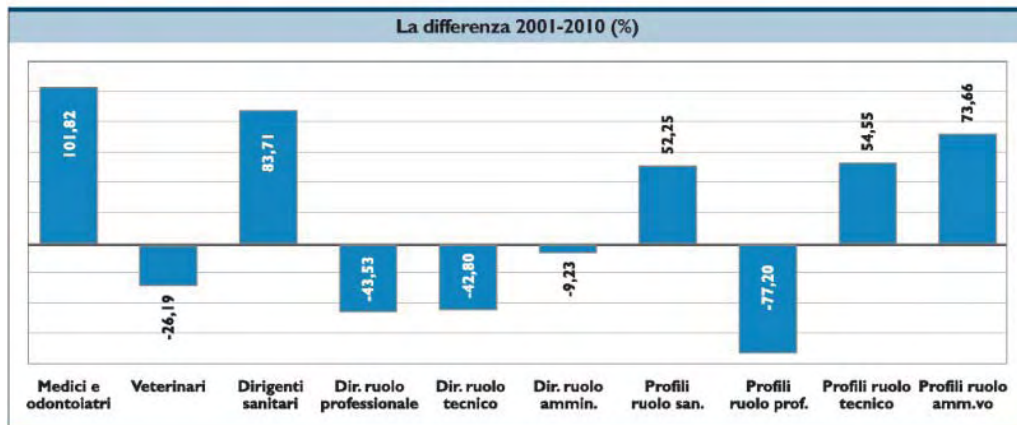
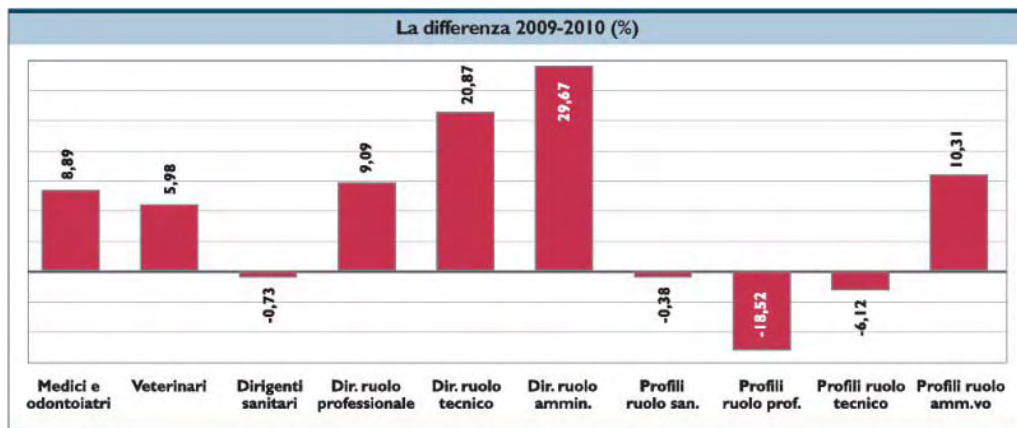


zione media per i medici di circa 74mila euro e di quasi 65mila euro per i dirigenti non medici.

Infine un cenno al precariato femminile. Rispetto ai colleghi uomini la percentuale delle donne con lavori atipici è maggiore: a esempio sul totale dei medici maschi il precariato incide per il 4,3%, mentre nel 2010 pesa per il 9,4% sulle dottoresse. E mentre nel 2001 a esempio il tempo determinato dei medici era un po' di più tra il sesso maschile (1.915 uomini contro 1.781 donne che rappresentavano quindi il 48% del totale), nel 2009 c'erano 2.903 uomini e 3.796 donne con un lavoro a termine (le donne erano circa il 56,7% dei precari). Un trend mantenuto nel 2010 con 3.174 uomini e 4.136 donne a tempo determinato.

**Paolo Del Bufalo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SEGRETIARIATO GIOVANI MEDICI**

**«Speranze solo sbloccando il turn over»**

«I giovani medici italiani sono a rischio occupazione: l'iter formativo troppo lungo e il blocco del turn over sono le cause principali delle difficoltà incontrate - afferma **Marco Mafri**, vice-presidente nazionale dell'associazione dei giovani medici Sigm (segretariato italiano giovani medici) - e l'iscrizione alle Scuole di specializzazione e al corso di formazione specifica in medicina generale sono molto spesso l'anticamera del precariato».

I giovani medici su questo versante hanno molte aspettative per quanto riguarda il turn over che interesserà nel prossimo decennio la categoria medica come conseguenza della fuoriuscita dal Ssn di circa un terzo dei medici in attività e che, secondo i giovani medici del Sigm offrirà sbocchi occupazionali prevalentemente nei nuovi modelli assistenziali territoriali individuati dal Piano sanitario nazionale.

«Non è un caso, infatti, se la maggior parte dei giovani camici bianchi vuole rimanere a lavorare in Italia, ma segnaliamo il dato del 13% di giovani da noi rilevato attraverso un recente questionario a cui hanno risposto 1.023 colleghi con un'età media di 31,1 anni, che sta valutando l'ipotesi di emigrare all'estero», afferma **Andrea Silenzi**, coordinatore del Dipartimento specializzandi del Sigm. «Più che buona, infatti, è nel complesso la soddisfazione da parte dei giovani medici sull'efficienza del Ssn. Modello pubblico e misto le ricette preferite dai giovani per ridisegnarlo a misura di professionista e cittadino».

## FP CGIL MEDICI

**«Un danno alla continuità assistenziale»**

«**T**utto è frutto della politica di blocco del turn over che non ha interessato solo le Regioni con piani di rientro, ma anche le altre per far fronte al sottofinanziamento cronico del sistema. E se nei prossimi anni calerà la scure del taglio di 8 miliardi sulle Regioni la situazione è destinata a peggiorare». Non è ottimista **Massimo Cozza**, segretario nazionale della Fp Cgil medici, sindacato da sempre in prima linea sul problema del precariato. Che mette in guardia da due rischi: quello di utilizzare gli specializzandi nel modo sbagliato negli ospedali aggravando il precariato e quello dell'innalzamento dell'età di servizio a 70 anni con cui si chiudono tutte le porte ai giovani.

Il precario costa meno, spiega Cozza, perché è senza tutele (previdenza, malattia ecc.). Anche se il tempo determinato in realtà ha gli stessi oneri della dipendenza e quindi non costerebbe nulla stabilizzarlo. «Ma quel che costa sono i concorsi - aggiunge - e a pesare è il fatto che col tempo determinato le aziende hanno le mani più libere rispetto a un rapporto di dipendenza». I precari secondo Cozza vivono una condizione professionale frustrante e non garantiscono continuità assistenziale. Ma il problema maggiore è che «sono soprattutto nei punti nevralgici del sistema come l'emergenza e il pronto soccorso dove dovrebbe essere esattamente l'opposto, con personale più stabile, specializzato, responsabilizzato e motivato e che possa lavorare in équipe, senza dover ricominciare tutto daccapo ogni tre-sei mesi». Il problema dei precari ha due aspetti netti: «O quel medico non serve a garantire i Lea e allora non si vede perché quel contratto debba essere rinnovato - spiega Cozza - o se, come riteniamo, garantisce i Lea e il servizio altrimenti da chiudere, allora il posto deve essere messo a concorso - senza priorità di diritto per l'ex precario, sia chiaro - e stabilizzato».

## ANAAO ASSOMED

**«In questo modo si va verso il collasso»**

«**L**a "flessibilità" si è trasformata in precarietà e le Regioni devono fare una scelta se vogliono mantenere un servizio sanitario efficiente e non portarlo al collasso». È questa la conseguenza dell'aumento di precari tra i medici del Ssn secondo **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaa. Che la spiega con due cause. La prima è il blocco del turn over per il quale le amministrazioni non assicurano più il ricambio degli organici al 100%. «In alcune Regioni del Sud - sottolinea Troise - si è arrivati a garantire per anni un turn over anche solo del 10% per colpa del debito e del contemporaneo defianziamento: vuol dire che il Ssn non è più in grado di essere sostenibile con risorse pubbliche. E il primo a farne le spese è il medico che costa di più».

La seconda ragione è culturale. «Complice anche la crisi economica - spiega - il medico è visto come uno dei tanti fattori di produzione da comprimere e i cui livelli di attività vanno controllati in modo rigido: l'ossessione dei costi sta rischiando di far affogare la continuità terapeutica, quella assistenziale, il ruolo del professionista e tutto il sistema sanitario».

«Questa per di più - commenta Troise - è una generazione sfortunata, un po' in "anticipo" rispetto alla punta di carenza di medici che ci sarà tra tre o quattro anni causata dalla gobba pensionistica e che costringerà il servizio pubblico ad assumere se non si vogliono chiudere gli ospedali. Poi - conclude - si deve assumere secondo esigenze reali, come l'emergenza-urgenza per la quale paradossalmente i concorsi vanno deserti perché promette lavori "a tempo" senza dare certezze: nessuno lascia quello che intanto è riuscito a ottenere per rischiare un salto nel vuoto che in pochi mesi potrebbe essergli professionalmente fatale».