

In pole ginecologia, medicina interna ed emergenza

Tartassate le specialità più strategiche

I gap tra programmazione carente e tagli

Sono le specialità più strategiche e vitali quelle a più alto tasso di precariato. Un paradosso figlio di una pessima programmazione della formazione medica ma anche di una gestione miope dei budget sanitari da parte di aziende e Regioni.

Analizzando i dati dei contratti a tempo determinato e "atipici" e suddividendoli per specializzazione si evince infatti che il maggior numero di precari, valutato come dato aggregato, si osserva in ginecologia e ostetricia (200), medicina interna (175), medicina di emergenza-urgenza (159), anestesia e rianimazione (156), radiodiagnostica (145), e chirurgia (137) (vedi grafico in pagina).

È stata fatta una proiezione calcolando una stima del numero dei precari per ciascuna branca specialistica nel 2013. Tale dato è stato messo quindi in rapporto con i posti previsti per ciascuna scuola di specializzazione nel medesimo anno, dato ricavato dal conteggio elaborato recentemente da A. Mastrillo, a invarianza di assegnazione delle borse. Da tale analisi è emerso in particolare che il numero di precari nell'ambito della medicina d'urgenza è circa 6 volte maggiore rispetto al numero di borse di specialità e quello degli specialisti precari in ginecologia e ostetricia lo è di quasi tre volte. È interessante notare inoltre che per altre branche sia internistiche (ematologia, oncologia e reumatologia) che chirurgiche (chirurgia pediatrica, chirurgia maxillo-facciale e chirurgia plastica) il rapporto tra numero di precari e numero di borse di studio sia aumentato di 2 o 3 volte.

Come si spiega? Per quanto concerne la medicina d'urgenza, le ragioni di questa situazione possono essere ricercate nel fatto che l'organizzazione del lavoro dei medici nei Pronto soccorsi italiani, regolata su turni, è in perenne stato di emergenza, per l'elevato turnover dei medici che, logorati dai ritmi e dalle condizioni di lavoro, cercano altre strade. La ricerca da parte delle Direzioni ospedaliere di nuovo personale per coprire i turni del mese successivo e non incorrere nell'interruzione di pubblico servizio, trova quindi facile soluzione nell'assunzione di personale precario, proveniente anche da altre discipline internistiche o chirurgiche. Un ragionamento simile lo si può fare anche per Ginecologia e ostetricia e il dato è preoccupante, considerato quanto queste speciali-

tà siano strategiche per il buon funzionamento di qualsiasi Azienda ospedaliera. La sproporzione rilevata nelle altre discipline verosimilmente risiede nel fatto che alcuni Reparti ad attività ultraspecialistica, siano essi internistici o chirurgici, risentono maggiormente del fenomeno del precariato, andando la programmazione e il rispetto del turnover a favorire specialità considerate, a torto o ragione, più vitali e strategiche.

I dati di questa indagine suggeriscono la necessità di una rivalutazione del percorso di formazione post-laurea, attraverso un accesso programmato alle scuole di specializzazione che tenga maggiormente conto delle reali esigenze del Ssn e anche dei dati di precariato. Tali politiche saranno in grado di limitare il sempre più preoccupante fenomeno della migrazione di personale medico che ha visto, solo dal 2009 al 2012, circa 5.000 medici chiedere al [ministero della Salute](#) l'attestato di conformità Ue, necessario per poter esercitare la professione in altri Stati europei e un flusso netto verso altri Paesi di circa 1.000 medici tra il 2009 e il 2015, con una colpevole perdita delle ingenti risorse investite nella loro formazione e preparazione universitaria prima e specialistica poi.

I contratti atipici di fatto quindi impediscono la crescita professionale del medico che viene lasciato, dopo anni di studio, in un limbo inaccettabile, con conseguenze gravi sulla qualità dell'assistenza. A risentirne non per ultima è la formazione dal medico che non si interrompe dopo la specializzazione, ma che deve essere un continuum nel mondo del lavoro. Il giovane medico non dovrebbe spendere il suo primo decennio di attività in continui cambi di contratto, magari di struttura o addirittura di indirizzo, ma dovrebbe quanto prima potersi inserire in un contesto lavorativo e di indirizzo stabile dove poter sviluppare conoscenze e abilità fondamentali per una sanità di qualità.

Si impone più che mai oggi, l'urgenza di un'abitudine all'analisi e alla descrizione dei fenomeni quali precariato medico e precariato formativo (vedi l'enorme gap tra nuovi laureati in medicina e insufficienti posti disponibili presso le varie scuole di specialità) per consentire una programmazione di formazione e accesso al mondo del lavoro basata sull'evidenza dei numeri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I CONTRATTI PRECARI PIÙ UTILIZZATI

1	Contratto a tempo determinato ottenuto con avviso pubblico per titoli e colloquio	53,4%
2	Contratto libero professionale	23,7%
3	Contratto di lavoro a progetto (Co.Co.Pro.)	8,4%
4	Contratto di lavoro con collaborazione coordinata e continua (Co.Co.Co.)	5,1%
5	Contratto di lavoro di somministrazione (Ex interinale)	2,0%
6	Contratti di lavoro operati da agenzie di servizio	Nc
7	Contratti 15-octies del Dlgs 502/1992 (contratti per l'attuazione di progetti finalizzati)	1,0%
8	Borsa di Dottorato di Ricerca	Nc
9	Assegni di ricerca a progetto, riguardante in particolar modo Irccs e Università	4,0%

Nc = non conteggiato nel censimento

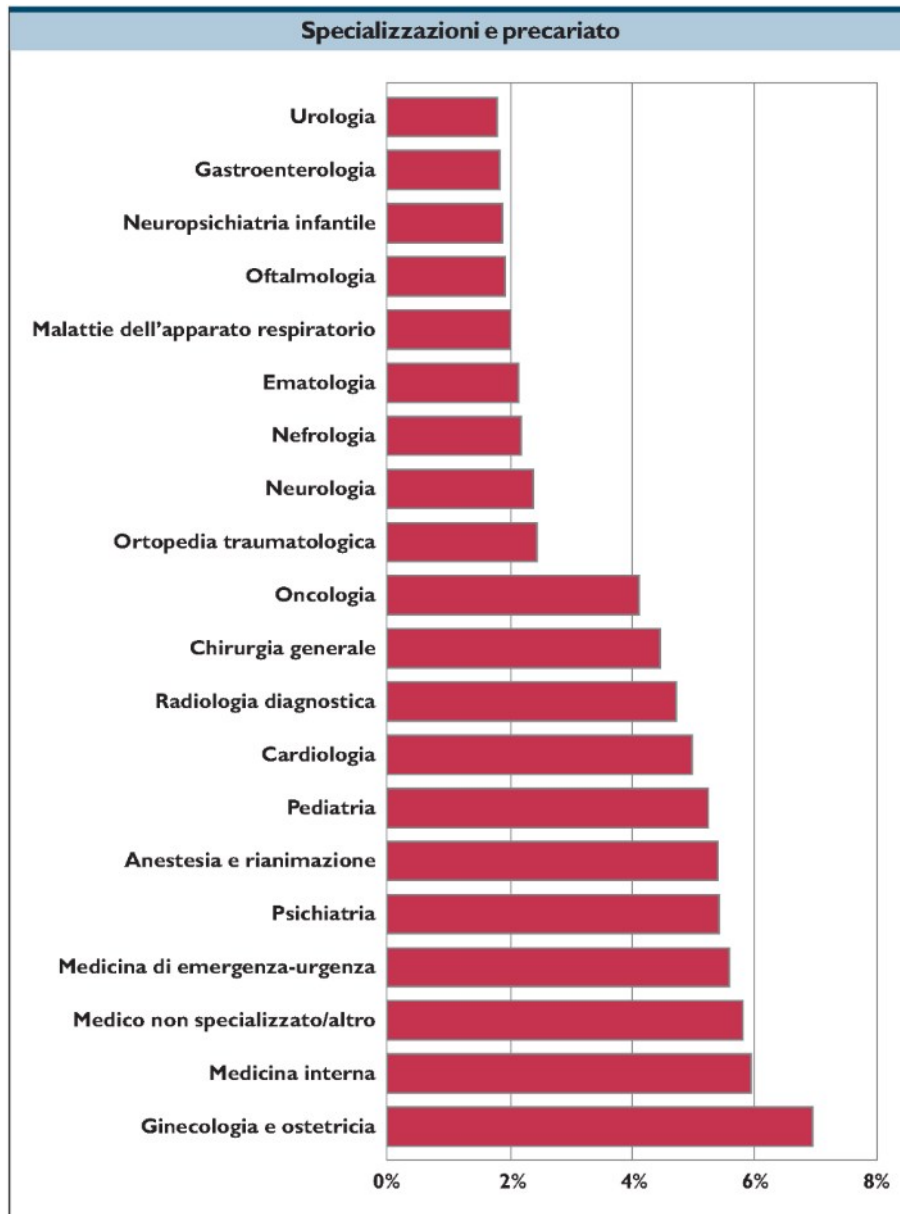
L'abuso di contratti atipici in corsia

I contratti precari, in particolare quelli atipici, sono sempre di più utilizzati nelle Aziende ospedaliere, vedi ad esempio i contratti 5-octies del Dlgs 502/1992 (contratti per l'attuazione di progetti finalizzati) che per definizione non possono essere usati per sostituzione e/o integrazione di personale sanitario, ma che di fatto in alcune realtà sono diventati parte rilevante del panorama contrattuale aziendale, diventando indispensabili per assicurare i Lea.

Un esempio per tutti si ha in alcuni centri di alta specializzazione per i trapianti, sia universitari che ospedalieri-universitari integrati, nei quali colleghi con queste tipologie di contratto sono coinvolti regolarmente nell'attività di prelievo d'organi e trapianto.

Ovviamente l'esempio non è orfano, nelle Aziende ospedaliere Irccs sono tanti i colleghi che svolgono attività, non solo di ricerca, ma anche di assistenza e attività chirurgica sotto il "cappello" di un contratto da borsista, sponsorizzato da parte di qualche associazione di volontariato o da privati (per lo più aziende farmaceutiche), a tutto vantaggio delle Aziende ospedaliere, che possono fruire di risorse umane ad alta resa a costo zero.

Da sottolineare poi la consuetudine, in alcune realtà ospedaliere, di attingere da graduatorie per avviso pubblico o concorso per proporre contratti atipici, contravvenendo al regolamento del bando medesimo.



Sanità. L'identikit dell'Anaa: senza posto fisso soprattutto le donne quarantenni

I medici precari sono 14mila

LA FOTOGRAFIA

Tra le specialità più a rischio: ginecologi, internisti, medici del Pronto soccorso ma anche anestesisti e specializzati in chirurgia

Rosanna Magnano

■ Sono soprattutto ginecologi, internisti, medici del Pronto soccorso, ma anche anestesisti e chirurghi. Specialisti dei reparti più strategici e vitali. Sfiorano i 40 anni e nel 60% sono donne. È la fotografia dei 14 mila camici bianchi precari (pari all'11,5% sul totale dei medici ospedalieri): metà a tempo determinato e l'altra metà con un contratto «atipico». Privi quindi delle tutele più essenziali, come maternità, allattamento, congedi parentali e ferie. Tra l'altro con stipendi che non arrivano a 25 mila euro lordi l'anno. In questa difficile condizione esistenziale e professionale trascorrono mediamente un decennio. Lo spaccato emerge da uno studio dell'Anaa (il principale sindacato dei medici), che ha inviato un questionario a tutte le aziende ospedaliere italiane. Il report completo è pubblicato in esclusiva sul settimanale "Il Sole-24 Ore Sanità".

Il Sud, culla della precarietà, è stato «omertoso» nei tassi di risposta. Assenti a parte, il poco lusinghiero primato spetta a Lombardia ed Emilia Romagna, che spiccano rispettivamente con il 12% e 14% di precari sul campione totale della popolazione medica. E come se non bastasse, la quota dei contratti atipici rispetto al totale di precari arriva al 51 e 78% (la mediana nazionale è del 46,5%). Una sproporzione spiegata dal fatto che il contratto atipico è più conveniente dal punto di vista economico e la tipologia contrattuale è notevolmente più flessibile rispetto a quella dirigenziale a tempo definito. «Sorprendente, in questo caso - si legge nello studio Anaa - come Regioni ad alto carico assistenziale per popolazione residente e per migrazione sanitaria da altre Regioni, reggano una quota significativa di tale carico su "risorse umane" con contratti precari».

Il fenomeno è stato misurato in questo caso su dati 2013, ma nel frattempo, spiega Domenico Montemurro, leader dei giovani medici Anaa, «è presumibile che il numero dei precari sia aumenta-

to ancor di più negli ultimi due anni, considerati i corposi tagli alla spesa sanitaria, i sempre più frequenti accorpamenti tra aziende sanitarie e soprattutto il blocco del turnover nel pubblico impiego». Insomma la spending review in sanità si paga anche sulla pelle dei giovani dottori. «Facile, con questi dati alla mano - continua Montemurro - dedurre alcuni dei motivi del corposo calo delle iscrizioni al test d'ingresso di quest'anno (-5,5% ndr): Medicina non è più per tutti, ma per chi se lo può permettere».

E il quadro non è cambiato neanche con il recente Dpcm Precari, pubblicato lo scorso aprile, che in ogni caso prende in considerazione solo la stabilizzazione dei contratti a tempo determinato. Secondo l'Anaa il provvedimento è di fatto un'arma spuntata, senza contare che tra le Regioni prevale un atteggiamento di «colpevole stallò - si legge nel report - non essendosi esposte finora, tranne rare eccezioni (Puglia, Umbria e Lombardia), né in favore né a sfavore di procedure atte a risolvere la situazione». E da una rassegna di quanto è stato fatto dalle singole Regioni, si evidenzia una situazione paradossale: «l'urgenza di stabilizzare i precari è maggiore nelle Regioni soggette a piano di rientro, quelle che presentano quindi vincoli di bilanci più restrittivi». E chi potrebbe investire più risorse, come il virtuoso Nord, preferisce ignorare il problema.

Una situazione insostenibile che genera veri e propri «serbatoi» di precari, a danno della qualità del lavoro e della crescita professionale. Il Pronto soccorso è l'emblema più eclatante: l'organizzazione regolata a turni è in perenne stato di emergenza per l'elevato turnover dei medici che logorati dai ritmi e dalle condizioni di lavoro cercano altre strade. Tanto è vero che il numero dei precari nella Medicina d'urgenza è di circa sei volte maggiore rispetto al numero di borse di specialità. E lo stesso vale per Ginecologia e Ostetricia. Per l'Anaa la soluzione è solo una ma serve la volontà politica: stop al precariato e priorità a una vera programmazione della formazione e dell'accesso al lavoro favorendo la stabilizzazione contrattuale per i giovani medici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Intramoenia amara (per chi la paga)

Mentre le Regioni si riorganizzano per l'intramoenia del dopo Balduzzi, calano i compensi per i medici e la spesa per i singoli cittadini. Le aziende del Ssn invece tengono botta.

VAZZA A PAG. 10-11

REPORT 2013/ Prima fotografia del ministero dopo le modifiche della legge Balduzzi

Intramoenia nella terra di mezzo

Guadagno dei medici in calo - Regioni in progress - Ginecologia regina

Libera-professione intramoenia nella terra di mezzo del cambiamento dopo la Legge Balduzzi. Più povera per i medici pubblici che nel 2013 hanno incassato complessivamente 933 milioni di euro, circa 76 in meno di un anno prima. Con un guadagno medio pro-capite di 16.814 euro, passando dal top dell'Emilia Romagna con 23mila euro di media pro-capite ai 6.173 dei medici calabresi. Lo dice il primo Rapporto pubblicato dal ministero della Salute che fotografa i dati relativi al 2013. Il primo dopo la riforma del sistema sull'attività libero-professionale intramoenia (legge 158/2012).

Aziende e cittadini. Nel dettaglio, le aziende per le quali i medici lavorano hanno trattenuto nei propri bilanci 218 milioni. Così il "giro d'affari" totale della libera professione "dentro le mura" ha toccato quota 1,15 miliardi (77 milioni meno del 2012). Dividendo il gettito per il numero dei cittadini, emerge che gli italiani hanno sborsato in media a testa 19,3 euro, circa due meno del 2012. Un dato che schizzerebbe a valori ben superiori se riferiti ai soli pazienti che hanno fatto effettivamente ricorso alle prestazioni a pagamento nel Ssn.

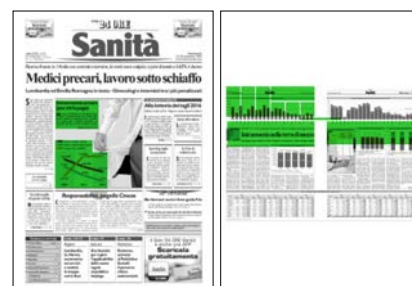
Ginecologia regina. Intramoenia infatti significa essenzialmente specialistica: con 43 prestazioni su cui si focalizzano le rilevazioni sui tempi d'attesa monitorate dall'Agens. Nel 2013 la visita ginecologica resta la prestazione ambulatoriale più richiesta in assoluto, nonostante un lieve calo (11.614 visite ad aprile rispetto alle 11.057 visite ad ottobre). Ed è sempre quella

con i tempi di attesa più lunghi. Per una mammografia, nel 45% dei casi si rischia di aspettare 60 giorni, mentre nella maggior parte dei casi si procede entro 10 giorni. Nel complesso, tra il monitoraggio di aprile 2013 e quello di ottobre 2013 si è rilevato un calo di 6.016 prenotazioni, passando da un totale di 83.790 prenotazioni di aprile alle 77.774 di ottobre. In contrasto con l'andamento del monitoraggio del precedente anno (70.279 prenotazioni ad aprile 2012, 81.164 prenotazioni a ottobre 2012 e 83.790 prenotazioni ad aprile 2013).

Focus sul cambiamento.

Il report evidenzia anche le solite marcatissime differenze territoriali, con il Sud che arranca anche nella creazione e nella messa disposizione di strutture e spazi appositamente dedicati per medici e assistiti. La legge ha previsto una tabella di marcia per risolvere la situazione delle strutture e stanziato risorse ad hoc.

Finora sono stati spesi oltre 750 milioni e sette Regioni sono pronte a scendere in pista. Le altre si stanno attrezzando. In questo modo, tutte le prestazioni libero-professionali saranno svolte nelle strutture delle aziende sanitarie e non in spazi esterni come è avvenuto negli ultimi anni. Questo dovrebbe migliorare la situazione anche nelle aree dove tradizionalmente si fa poca attività intramoenia. Dove funziona, come in Emilia-Romagna, i cittadini hanno pagato 31,6 euro a testa; dove manca, come in Calabria, la spesa pro capite precipita a 4,8 euro. Eppure, i numeri parlano di una grande richiesta di specialistica, che vale il



65,8% delle prestazioni effettuate in intramoenia, in minimo calo rispetto al 2012 (65,5%). A pesare sui dati, probabilmente sono gli effetti della crisi economica, ma anche la disorganizzazione. Una situazione evidente nel Lazio, dove i cittadini sono passati da 26 euro di spesa pro-capite a 21,9 del 2013. E il trend, sebbene meno clamoroso, si ripete in Toscana, dove da un dato record di 32,1 euro nel 2012 si scende al più contenuto 30,2 del 2013.

La frenata nel modello intramoenia c'è, ma fa meno rumore nelle regioni dove questo sistema è più radicato. Per i 55mila medici pubblici (circa la metà del totale) che prendono questa strada resta l'incognita del futuro. Già oggi, nelle Regioni del Sud la percentuale di dottori che fa intramoenia è più bassa, in Sardegna è appena il 32%, e il dato potrebbe scendere se il sistema dovesse diventare meno conveniente.

La legge Balduzzi e gli accordi attuativi della Conferenza Stato-Regioni hanno creato una solida impalcatura al sistema Alpi che per la piena attuazione necessita di step e di contestuali verifiche sugli adempimenti. Le aziende sono in cammino verso il cambiamento. In filigrana, nel report, tra monitoraggi e valutazioni, c'è il Paese reale.

Gli spazi. La ricognizione degli spazi per chiudere definitivamente i conti con il passato è stato un cammino con inciampi e scatti in avanti. In alcuni casi si è dovuto autorizzare mini proroghe sull'intramoenia allargata, perché mancavano quasi completamente gli spazi all'interno delle strutture aziendali.

In due casi, Umbria e Piemonte, nessuna delle aziende dispone di spazi idonei e sufficienti per l'Alpi. E come detto, sono 7 le Regioni che hanno tutti gli spazi all'interno delle mura: Basilicata, Molise, Abruzzo, Fvg, le province di Trento e Bolzano e la Valle d'Aosta, le altre, per ovvie ragioni di numeri, vanno a rilento. Per 8 Regioni, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Lazio, Marche, E.Romagna e Liguria, meno della metà delle aziende si è attrezzata al cambiamento.

In Calabria (49%), Campania (47%) e Lazio (35%) si lavora ancora troppo "fuori le mura" e con le nuove regole bisognerà capire se e quanti camici si perderanno per strada. In totale, il 70% dei dirigenti medici effettua Alpi esclusivamente intramoenia, il 17% all'esterno, il restante 13% sia fuori che dentro.

Tariffe e trasparenza. Un altro tassello fondamentale della Balduzzi è la messa in

collegamento di tutti i presidi dove si fa Alpi con il Ssn. E questo per garantire due obiettivi: la tracciabilità dei pagamenti (e delle tariffe) e un sistema integrato di prenotazioni per la riduzione delle liste d'attesa. Otto Regioni (Basilicata, Molise, Marche, Toscana, Fvg, Trento-Bolzano e Valle d'Aosta) hanno automatizzato i pagamenti che vanno direttamente all'azienda, in piena tracciabilità. In ritardo l'Umbria. In 5 Regioni tutte le aziende hanno attivato il sistema di contabilità analitica che consente di distinguere nelle tariffe le voci che le determinano. A vele spiegate invece per la decisione sulle tariffe a carico dei pazienti: già nel 2014, ben 14 Regioni hanno praticamente concluso le operazioni e definito gli importi per le varie prestazioni.

Pesi e volumi. Un capitolo importante riguarda la determinazione dei volumi d'attività di Alpi nelle aziende: Basilicata, Trento e Bolzano hanno completato l'iter. Le altre a buon punto, con il fanalino della Sardegna (36,4%) che è l'unica con un valore sotto al 50 per cento.

Per evitare una doppia velocità nelle prestazioni, le Regioni hanno attivato i controlli per il progressivo allineamento dei tempi di erogazione

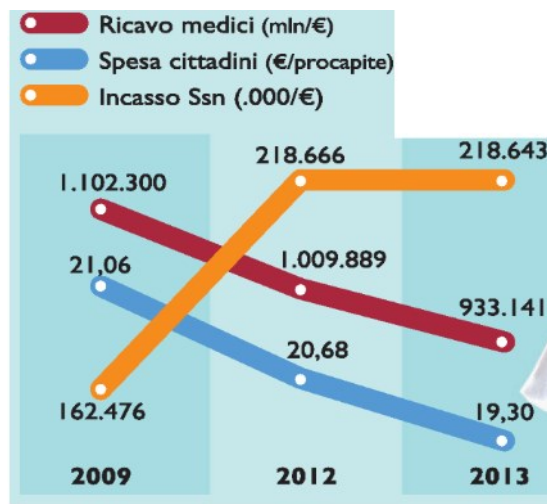
delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione.

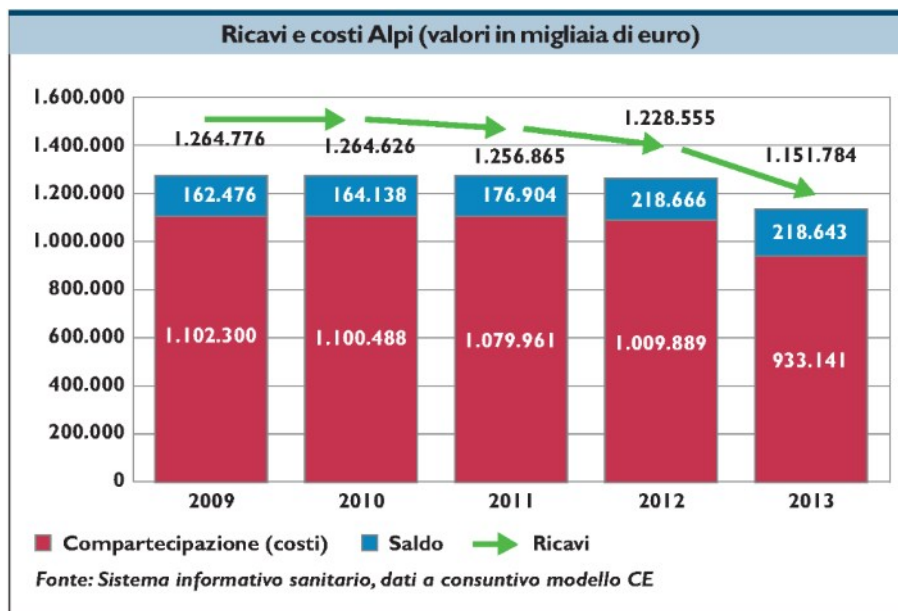
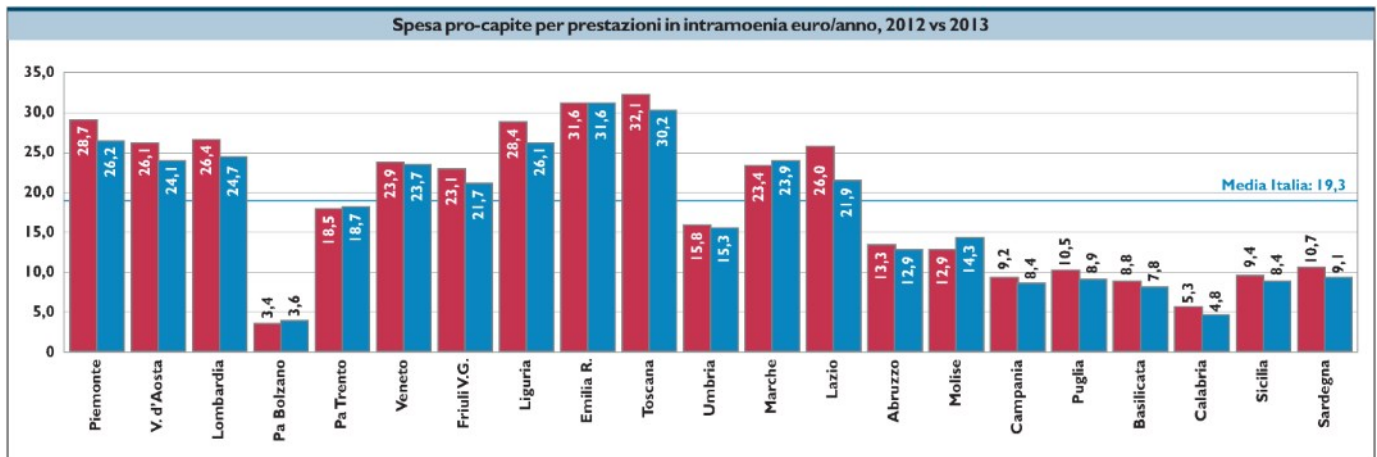
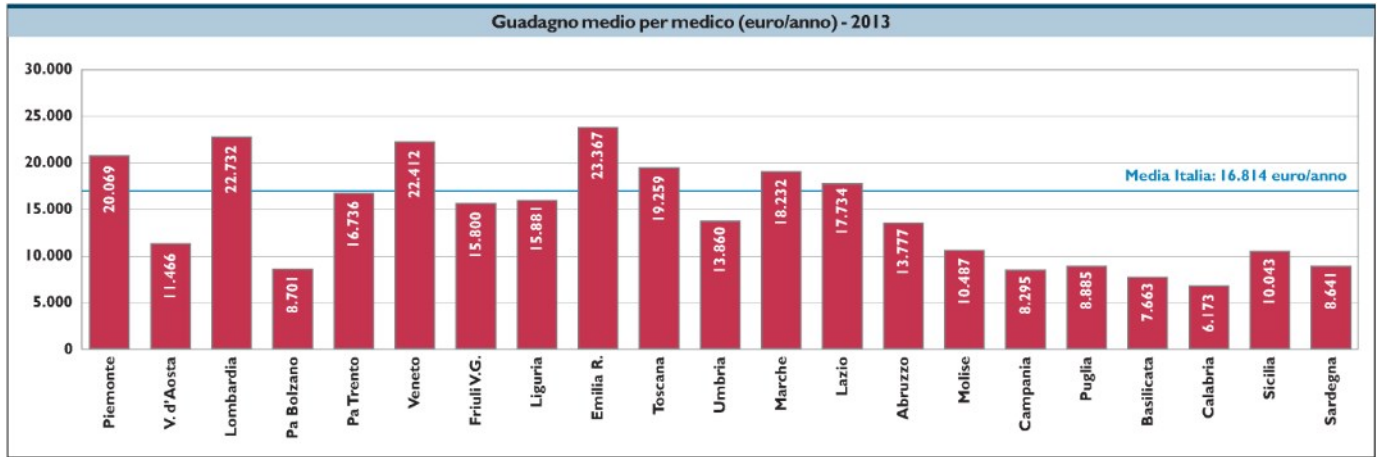
Step by step. A una valutazione complessiva degli indicatori, il ministero riconosce la complessità del fenomeno e l'evidenza di una situazione molto variegata con Regioni che appaiono completamente "adempienti" solo su alcuni indicatori e in ritardo su altri. Rovesciando in alcuni casi i "pre concetti" La Basilicata, piccola regione del Sud, risulta pronta sotto praticamente tutti i punti di vista analizzati dal Report, mentre una regione "top" come l'Emilia Romagna, che pure ha valutazioni positive su quasi tutti i fronti, è in ritardo sulla contabilità analitica. E l'esempio si può replicare per altre situazioni.

Gli effetti della legge Balduzzi sono ancora appena percepibili, afferma il rapporto. Il percorso è all'inizio. Le rilevazioni 2014 potranno fornire un quadro più chiaro. Magari anche sulla tracciabilità e la trasparenza dei compensi percepiti. Solo così si potrà capire quale direzione prenderà l'intramoenia di domani.

Lucilla Vazza

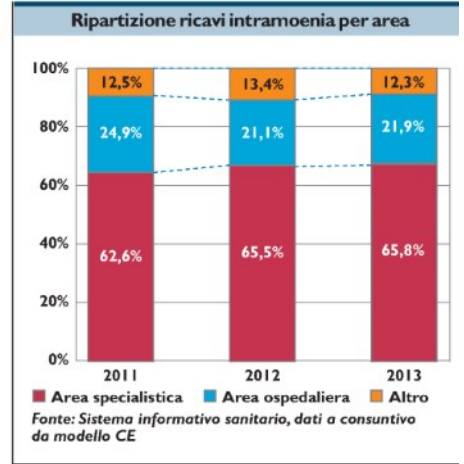
© RIPRODUZIONE RISERVATA





La top ten delle prestazioni in intramoenia

Prestazione	% prestazioni in Alpi su prestazioni in istituzionale (I sem. 2013)	% prestazioni in Alpi su prestazioni in istituzionale (II sem. 2013)
Visita ginecologica	31%	29%
Visita urologica	20%	19%
Visita gastroenterol.	20%	21%
Visita chir. vasc.	16%	14%
Visita cardiologica	12%	12%
Visita neurologica	12%	12%
Visita ortopedica	12%	12%
Ecografia ost.-ginec.	12%	12%
Visita otorinolaring.	9%	9%
Visita pneumologica	8%	8%



Ricavi e costi Alpi per Regione - anni 2009-2013 (valori in migliaia di euro)

Regioni	2009			2010			2011			2012			2013		
	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo
Piemonte	127.981	111.463	16.518	126.673	110.814	15.859	126.603	109.183	17.420	124.878	105.673	19.205	114.419	97.918	16.501
V. d'Aosta	3.461	3.157	304	3.543	2.996	547	4.155	3.591	564	3.310	3.044	266	3.078	2.511	567
Lombardia	261.726	248.390	13.336	255.887	246.210	9.677	259.975	247.688	12.287	256.049	211.739	44.310	241.509	195.901	45.608
Pa Bolzano	-	-	-	1.024	718	306	1.607	1.168	439	1.720	1.214	506	1.851	1.366	485
Pa Trento	10.041	8.496	1.545	10.309	8.763	1.546	9.983	8.325	1.658	9.691	8.090	1.601	9.923	8.301	1.622
Veneto	120.881	103.066	17.815	121.561	103.114	18.447	121.205	99.833	21.372	115.950	96.431	19.519	115.704	95.812	19.892
Friuli V.G.	30.472	25.004	5.468	29.903	24.617	5.286	29.979	24.922	5.057	28.075	23.898	4.177	26.567	22.073	4.494
Liguria	39.012	33.118	5.894	41.520	35.405	6.115	43.556	36.715	6.841	44.573	37.183	7.390	40.795	34.780	6.015
Emilia R.	141.493	112.938	28.555	143.417	114.644	28.773	138.045	109.918	28.127	137.141	107.103	30.038	138.182	105.177	33.005
Toscana	132.296	100.600	31.696	128.350	98.584	29.766	126.080	93.229	32.851	117.620	85.003	32.617	111.339	77.942	33.397
Umbria	14.638	13.208	1.430	14.737	12.406	2.331	15.946	13.023	2.923	13.936	11.234	2.702	13.597	11.185	2.412

Fonte: Sistema informativo sanitario dati a consuntivo Mod. CE

Regioni	2009			2010			2011			2012			2013		
	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo	Ricavi intramoenia	Compert. al pers.le	Saldo
Marche	37.151	31.117	6.034	36.459	30.097	6.362	36.278	29.943	6.335	35.995	29.745	6.250	36.950	31.706	5.244
Lazio	140.199	121.968	18.231	146.430	123.435	22.995	149.987	122.742	27.245	142.837	116.288	26.549	121.491	98.068	23.423
Abruzzo	14.873	13.942	931	15.566	15.268	298	17.124	15.785	1.339	17.358	15.512	1.846	16.913	14.976	1.937
Molise	3.449	2.548	901	2.863	2.199	664	3.369	2.159	1.210	4.039	2.464	1.575	4.493	2.737	1.756
Campania	54.833	51.490	3.343	54.323	51.908	2.415	49.967	48.135	1.832	52.793	47.045	5.748	48.317	39.501	8.816
Puglia	49.722	45.240	4.482	49.771	45.650	4.121	45.306	40.995	4.311	42.624	36.518	6.106	36.043	29.010	7.033
Basilicata	4.323	4.044	279	4.059	4.011	48	5.203	4.769	434	5.082	4.187	895	4.485	3.548	937
Calabria	9.736	7.782	1.954	10.853	8.422	2.431	9.055	9.274	-219	10.474	9.015	1.459	9.427	9.043	384
Sicilia	51.651	50.655	996	49.462	46.586	2.876	46.974	45.323	1.651	46.963	42.707	4.256	41.823	38.987	2.836
Sardegna	16.838	14.074	2.764	17.916	14.641	3.275	16.468	13.241	3.227	17.447	15.796	1.651	14.878	12.559	2.279
Totale	1.264.776	1.102.300	162.476	1.264.626	1.100.488	164.138	1.256.865	1.079.961	176.904	1.228.555	1.009.889	218.666	1.151.784	933.141	218.643

Fumo, arriva un nuovo giro di vite del ministero

Pronto il decreto legislativo che recepisce le norme Ue anti-fumo ed estende i divieti. (Servizio a pag. 6)

DECRETO LEGISLATIVO**Fumo, in arrivo nuovo giro di vite****Ministero pronto a recepire le norme della direttiva Ue**

Immagini shock sui pacchetti di sigarette e stop al fumo in auto in presenza di bambini e donne incinte. Il decreto legislativo messo a punto dal **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin** che recepisce la direttiva tabacco europea, conferma la linea dura contro il fumo. «Potrebbe andare in Consiglio dei ministri entro la fine del mese - spiega il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** - dipende dalla calendarizzazione. Noi siamo pronti». L'annuncio del ministro è arrivato nel corso della presentazione della nuova campagna del **ministero della Salute** contro il fumo, 4 spot che hanno per protagonista Nino Frassica e che veicolano, con una buona dose di ironia e lo slogan «Ma che sei scemo?», un doppio messaggio «abbinando» all'obiettivo della campagna altri suggerimenti di comportamenti positivi: usare il casco, non fare selfie alla guida, rispettare gli animali.

La direttiva Ue. Nel decreto oltre al divieto di fumo in macchina in presenza di minori e donne in gravidanza, misura fortemente voluta da **Lorenzin**, ci saranno le diverse indicazioni suggerite dall'Europa: pacchetti con messaggi combinati e immagini shock sul 65% della superficie del pacchetto, nonché un numero verde per i consigli su come smettere di fumare; divieto di fumo fuori dai reparti di pediatria e ginecologia; divieto di pubblicare i dati sul contenuto di catrame e nicotina (informazione considerata ingannevole); sanzioni più forti per chi vende sigarette ai minori fino al ritiro della licenza; divieto ai minorenni anche per le sigarette elettroniche, verifiche e controlli sui distributori automatici. «Estenderemo il divieto di fumo anche ai prodotti di nuova generazione, come i prodotti del tabacco a potenziale rischio ridotto - ha

detto **Lorenzin** - . Ancora non sono diffusi, ma la nostra decisione è vietarli sotto i 18 anni».

In calo fumatori e vendite. Secondo i dati forniti dal **ministero della Salute** i fumatori sono in calo in Italia anche se il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile con circa 70/83mila morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 e i 65 anni di età. Nel nostro Paese (dati Istat) nel 2014, su 52,3 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni, i fumatori sono circa 10,3 milioni (19,5%) di cui 6,2 milioni di uomini (24,5%) e 4,1 milioni di donne (14,8%). Nel 2003, prima della legge 3/2003 che ha introdotto una regolamentazione del fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici e privati, la prevalenza dei fumatori era del 23,8% (31% uomini e 17,4% donne) con un calo complessivo del 18,1% (-21% gli uomini e -14,9% le donne): è la prima volta che la percentuale dei fumatori è scesa sotto la soglia del 20%. Tra i fumatori in Italia i valori più alti per gli uomini si hanno tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, con una percentuale del 26,4%; per le donne la classe con una prevalenza più alta è diventata quella delle giovani tra i 20 e i 24 anni, con una percentuale del 20,5%. La prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni, con un valore di 18,7% (22,4% i maschi e 14,7% le femmine) è in calo rispetto al 20,4% del 2013, ma solo tra i maschi (25,9% i maschi e 14,7% le femmine). La più alta percentuale di fumatori si osserva nelle Isole (19,9%), mentre il valore più basso si ha nel Nord-est (18,3%).

Il bilancio del ministero. A dieci anni dall'entrata in vigore della Legge 3/2003 (art. 51: «tutela della salute dei non fumatori»), secondo il **ministero della Salute** «il bilancio può essere considerato complessivamente positivo, anche se occorre continuare ad impegnarsi per mantenere e migliorare i risultati conseguiti». Dall'elaborazione dei dati dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato (Aams), nel corso del 2014 risulta che le vendite dei prodotti del tabacco si sono ridotte del 5,4%, rispetto al 2011. In particolare le vendite di sigarette si sono ridotte del 5,7% (quasi 2 pacchetti in meno al mese acquistati da ciascun fumatore). La diminu-

zione delle vendite di sigarette negli ultimi 10 anni (2004-2013) è pari a circa il 25,1%. Nel 2012, per la prima volta in 10 anni, le vendite del tabacco trinciato (per le sigarette «fai da te») sono leggermente diminuite (-0,7%) in un contesto in cui dal 2000 le vendite sono più che quintuplicate.

La situazione in Europa. Secondo i dati dell'indagine Eurobarometro 2012, il 28% degli europei fuma (32% gli uomini e il 24% le donne) e anche se il numero dei fumatori nella Ue è in calo (32% nel 2006 e 29% nel 2009), queste persone mettono a repentaglio la loro vita e quella di quanti sono esposti al fumo passivo, tanto che, ogni anno, 19mila europei non fumatori muoiono per effetto dell'esposizione al fumo passivo, a casa o sul luogo di lavoro. Nel mondo si stima che il fumo passivo provochi 603mila morti premature (28% bambini, 26% uomini e 47% donne) e la perdita di 10,9 milioni di anni di vita in buona salute (61% per i bambini, 16% per gli uomini e 24% per le donne). Il maggior numero di morti attribuite al fumo passivo sono causate infarti, infezioni respiratorie minori tra i bambini e asma tra gli adulti. Per quanto riguarda i minori, secondo la ricerca della Global Youth Tobacco Survey (Gyts) - condotta nel 2010 e nel 2014 fra gli studenti del terzo anno della scuola secondaria di primo grado e del primo e secondo anno della scuola secondaria di secondo grado, in collaborazione con l'Università di Torino - il 23,4% degli studenti intervistati fuma sigarette (erano il 20,7% nel 2010) e il 7,6% lo fa ogni giorno; il 47% è cosciente che il fumo passivo è dannoso e circa 4 fumatori su 10 vorrebbero smettere immediatamente.

E.Diff.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Ezio Mauro

Influenza

Prima del vaccino acqua e sapone

SCOMMETTIAMO che si parlerà solo del vaccino? Il [ministero della Salute](#) ha emanato le sue Raccomandazioni sull'influenza per la prossima stagione. Con una nota d'allarme perché l'inverno passato c'è stato un aumento dei casi gravi: 485 casi con 160 decessi confermati, contro i 93 casi gravi e i 16 decessi della stagione 2013-2014. Ed è già cominciato il battage: vaccinatevi, vaccinatevi. Il ministro [Lorenzin](#) lo ha ribadito davanti alle telecamere che la riprendevano mentre faceva vaccinare i suoi due gemelli (non per l'influenza). I vaccini sono sicuri, ha detto. E ha aggiunto che anche per l'influenza molti faranno bene a vaccinarsi. Non tutti, però: tanto che il Ssn nazionale lo rimborsa solo a determinate categorie (anziani, persone affette da malattie respiratorie...). Gli altri dovranno pagarselo da sé. Ma comincia il tam tam: è bene vaccinarsi. Sempre e comunque. Eppure nelle sue Raccomandazioni il ministero mette l'igiene al primo posto nelle strategie di prevenzione. E al primissimo punto c'è il banale: lavatevi le mani. Che è più economico di un vaccino. E nessuno si arricchisce. (d.m.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Spending taglia
occupazione**

Il Consiglio di Stato ha stabilito che la clausola in base alla quale le ditte subentranti devono mantenere inalterati i livelli occupazionali e retributivi non è un obbligo «ma condizione prioritaria da ossequiare in funzione dell'organizzazione aziendale».

MOLINARI A PAG. 12

CAPITOLATI SPECIALI

Così la spending review taglia il lavoro: la «clausola sociale» non è un obbligo perentorio

Ai sensi dell'articolo 9-ter, lettera a), della legge 6 agosto 2015 n. 125, gli Enti del Ssn rinegoziano i contratti in essere con l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto senza che ciò comporti modifica della durata del contratto, al fine di conseguire una riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere... In caso di mancato accordo entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta di rinegoziazione, gli enti del Ssn hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere.

Tra manovre e spending review finalizzate all'eliminazione di sprechi ed inapproprietezze, negli ultimi anni nella sanità sono stati previsti tagli per quasi 30 miliardi, pari al 7% annuo su un fondo sanitario di circa 110 miliardi. Non sono pochi soprattutto se si considera che la spesa sanitaria tenderebbe di per se a crescere automaticamente per l'aumento degli anni di vita e dell'offerta di sempre nuovi e più costosi farmaci e tecnologie.

Quelle Aziende sanitarie che, rispettose delle norme, hanno cominciato a tagliare i costi già dalla prima spending review con richieste di rinegoziazioni soprattutto nell'ambito dei servizi, oltre ad aver ridotto all'osso le prestazioni appaltate, ora cominciano a sperimentare gli effetti collaterali di tagli a ore e posti di lavoro dei dipendenti delle Ditte appaltatrici senza poter fare più niente per impedirlo, né limitarlo.

In effetti non serve più a nulla l'inserimento nei Capitolati Speciali d'appalto delle clausole sociali che comportano l'impegno delle Ditte che tagliano prestazioni o che subentrano, di assorbire il personale impegnato nell'appalto garantendone i livelli retributivi, visto che il Consiglio di Stato, sezione V, con sentenza n. 2637 del 26 maggio 2015, ha stabilito che: «questa clausola deve essere intesa non tanto come obbligo perentorio ma come condizione prioritaria da ossequiare in funzione dell'organizzazione aziendale».

Per di più anche l'Anac, con un parere del 22 luglio 2015 ha ribadito che: «il vincolo che la pubblica amministrazione può discrezionalmente imporre nelle condizioni di esecuzione dei bandi pubblici, incontra un limite nella compatibilità con l'organizzazione dell'impresa subentrante. Le legittime esigenze sociali devono essere bilanciate da una adeguata tutela della libertà di concorrenza, anche nella forma della libertà imprenditoriale degli operatori economici potenziali aggiudicatari, i quali assumono un mero obbligo di prioritario assorbimento e utilizzo del personale già impiegato dal precedente affidatario per il periodo di durata dell'appalto, subordinatamente alla compatibilità con l'organizzazione d'impresa dell'appaltatore subentrante ... (omissis)... La clausola sociale di imponibile di manodopera, deve essere interpretata conformemente ai principi nazionali e comunitari in materia di libertà di iniziativa imprenditoriale e di concorrenza, risultando, altrimenti, la clausola in questione senz'altro lesiva della concorrenza, scoraggiando la partecipazione alla gara e limitando ultroneamente la platea dei partecipanti, nonché atta a ledere la libertà d'impresa, riconosciuta e garantita dall'articolo 41 della Costituzione, che sta a fondamento dell'autogoverno dei fattori di produzione e dell'autonomia di gestione propria dell'archetipo del contratto di appalto».

Poiché tagli e sacrifici sono ormai inevitabili, sarebbe però almeno necessario che venissero argomentati seriamente, non per generici tagli di «inappropriatezze» e di «sprechi» giustificati con delle bufale come quella relativa ai costi della stessa siringa che costa diversamente al Nord rispetto al Sud, visto che tra i 2.980 prodotti chiamati siringhe, nell'88% dei casi costano 0,11 centesimi, mentre quella da euro 113 è una sola, è molto particolare e la usano i dentisti.

Purtroppo non è dato sapere se i costi detti «costi standard» siano stati determinati con gli stessi criteri. In ogni caso la media è un dato poco significativo se non si sa su che base è calcolata e con quale criterio è definita, avendo presente l'ormai proverbiale media di Trilussa



per cui se uno mangia un pollo e un altro no, in media hanno mangiato mezzo pollo a testa; oppure quella di Des McHale per cui in media gli umani hanno una mammella e un testicolo.

Non si comprende perché, per esempio, i tagli non abbiano minimamente tenuto conto dei dati Ocse da cui risulta che l'incidenza della spesa sanitaria pubblica e privata italiana sul Pil si attesta sul 9,2%, in linea con la media Ocse del 9,3%, inferiore rispetto alla Francia (11,6%), all'Austria (11,4%) e alla Germania (11,3%).

Anche per quanto riguarda i posti letto, a fronte della media Ocse di 4,8 ogni 1.000 abitanti, noi ne abbiamo solo 3,5/1.000, rispetto a 8,2/1.000 della Germania, a 7,6 dell'Austria e a 6,4 della Francia. I "tagliatori nostrani" si sognerebbero di dire che in quei Paesi c'è più spreco e/o più inappropriatazza che da noi?

Pure sul numero di infermieri siamo sotto quota, risultando 6,4 ogni 1.000 abitanti, quando la media Ocse è dell'8,8/1.000. Siamo invece in controtendenza sui medici che con il 3,9/1.000 superano la media Ocse che si attesta sul 3,2/1.000 abitanti... Chissà quanto saranno lunghe le liste di attesa in quei Paesi...

P.S. In questi giorni si legge sui giornali che la Ue si è convinta che serve meno austerità e più welfare e investimenti... Speriamo quindi che con la legge di stabilità si cambi indirizzo rispetto alla previsione di ulteriori tagli alla sanità.

Marco Molinari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca. Magri e obesi
divisi da proteine che funzionano poco
o troppo. L'obiettivo è riprogrammarle

Staminali un po' di biotech e la pancia non c'è più

Il grasso addominale

è quello più pericoloso

Causa diabete e cardiopatie

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

TRA il grasso degli obesi e quello dei magri c'è una differenza sostanziale che consolerà molti oversize. Sono due enzimi, nome in codice Sirt1 e Sirt 2, a fare questa differenza. Nelle cellule staminali del grasso addominale degli obesi, infatti, i due enzimi sono in quantità ridotta, producono più grasso e tendono ad accumularne di più. Nelle staminali del grasso dei magri, invece, i due enzimi sono in gran quantità. Il grasso è sempre quello a livello addominale perché, infiltrandosi tra gli organi, è il più pericoloso e provoca insulinoresistenza, steatosi epatica e diabete.

Questa notizia, in sé, non sarebbe straordinaria se un gruppo di ricercatori della Sid (società italiana di Diabetologia) del dipartimento di Endocrinologia dell'università di Bari non avesse deciso di provare ad "accendere" e "spegnere" i due enzimi per capire che cosa ne veniva fuori. I risultati dello studio - condotto su 178 pazienti non diabetici con indice di massa corporea tra 19, normopeso, e 42, grande obeso - sono stati presentati al congresso europeo del diabete (Easd), che si è appena chiuso a Stoccolma.

«Abbiamo prelevato grasso addominale sia a soggetti magri che obesi - premette Seba-

stio Perrini, del gruppo di Francesco Giorgino - e poi, utilizzando tecniche di ingegneria genetica, abbiamo infettato dapprima le cellule staminali dei magri, con alti valori di Sirt 1 e 2, con un virus in modo da "spegnere" l'interruttore di queste due proteine. A questo punto la cellula ha cominciato a comportarsi come nei soggetti obesi producendo più lipidi. Stessa cosa al contrario negli obesi: abbiamo utilizzato il virus stavolta per attivare i due enzimi e le cellule staminali hanno cominciato a differenziarsi di meno. Sono i primi dati sull'uomo e ovviamente se riuscissimo a trovare un farmaco in grado di attivare i due enzimi nei pazienti obesi sarebbe una svolta».

Sirt 1 e 2, inoltre, sono proteine della longevità, hanno importanti effetti antiossidanti e vengono attivate dal resveratrolo, contenuto in uva, frutti rossi, come more e mirtillo, vino rosso. «Nei soggetti magri Sirt 1 e 2 sono numerosi e dappertutto - continua Perrini - negli obesi sono pochi e funzionano meno. C'è un rapporto inverso tra girovita e numerosità degli enzimi. Nel nostro studio, in pubblicazione, abbiamo scoperto che maggiore era il girovita e minore era la quantità di Sirt 1 e 2, anche a parità di indice di massa corporea. Non è tanto quindi una questione di peso ma di quanto si espande il grasso viscerale. Questo fa la differenza».

©RIPRODUZIONE RISERVATA



Se il Ssn fa indietro tutta

Sul Ssn aleggia lo spettro di nuovi tagli con la Stabilità, ma anche la consapevolezza di aver bruciato un anno, di non aver ancora assorbito il colpo della manovra estiva e di poggiare su un traballante tavolo a tre gambe (Governo, Parlamento, Regioni).

CARTABELLOTTA A PAG. 13

ANGOLO DI PENNA

Programmazione inchiodata al palo e legge di stabilità ancora in agguato: Ssn indietro tutta?

Il lungo braccio di ferro tra Stato e Regioni ha inasprito il clima

di Nino Cartabellotta *

Se nel 2014 l'autunno iniziava sotto i buoni auspici del Patto per la Salute, quest'anno arriva in un clima ben diverso: per il Ssn, infatti, aleggia lo spettro di nuovi tagli con la Legge di Stabilità 2016, con la realistica consapevolezza di aver bruciato un anno, di non aver ancora assorbito il colpo della manovra d'estate e di poggiare su un traballante tavolo a tre gambe (Governo, Parlamento, Regioni) fortemente disallineate sulle priorità politiche, economiche e sociali della sanità pubblica.

Infatti, interviste e dichiarazioni d'estate non lasciano trasparire un disegno chiaro e univoco sul destino del Ssn, che da un lato viene idealizzato come conquista sociale irrinunciabile per tutte le persone, dall'altro utilizzato come salvadanaio a cui attingere per esigenze di finanza pubblica.

Il premier Renzi in 19 mesi di Governo non ha mai fatto conoscere le sue idee sulla sanità, intervenendo (di rado) con due tormentoni: ridurre il numero delle poltrone dei manager e uniformare il costo delle siringhe. Ha confermato che in sanità non ci saranno nuovi tagli, ma solo riduzione degli sprechi e che «male che vada, avremo le stesse cifre di quest'anno, cioè nel 2016 le stesse cifre del 2015», ovvero 3,3 miliardi in meno rispetto a quanto stabilito.

Il supercommissario alla spending review Gutgeld ha seminato il panico con il roboante titolo di inizio agosto, che ventilava

10 miliardi di tagli, senza più intervenire per smentire o confermare.

Il ministro Padoan ha dichiarato che sulla sanità «Si può spendere meno e meglio» e che nella prossima legge di Stabilità il Governo «guarderà a tutte le fonti possibili di risparmio».

Il ministro **Lorenzin** difende il Patto per la Salute perché solo l'applicazione delle misure ivi contenute permettono di recuperare risorse, accusa di irresponsabilità le Regioni per aver rinunciato ai 2 miliardi ed è pronta al braccio di ferro con il Mef per ottenere nel 2016 le risorse previste dal Patto. Nel contempo non riesce a smuovere dalle sabbie mobili il Ddl omnibus che porta il suo nome, fermo da un anno in commissione Bilancio, segnale più di ostacoli politici che di problemi tecnici.

Chiamparino è d'accordo a mantenere in sanità le risorse risparmiate a condizione che i 3,3 miliardi previsti per il 2016 vengano confermati, pena la non sostenibilità del Ssn. Tuttavia, il Presidente è portavoce di una "Conferenza Unificata" solo nel nome, ma di fatto troppo eterogenea per decidere della salute dei cittadini, sia perché non è in grado di sostenere un federalismo solidale, sia perché la politica in diverse Regioni è stata ripetutamente capace di mettere insieme inadempimento dei Lea, conto economico-finanziario negativo, aumento dell'addizionale Irpef ed elevata mobilità passiva. In questo scenario, molte Regioni vogliono ridefinire obiettivi e risorse del Patto dopo che la manovra d'estate ha annullato quanto concordato un anno fa. Il paradosso è che la riduzione del finanziamento, conseguente all'incapacità delle Regioni, permette loro di rinegoziare il Patto in virtù di quanto previsto dall'articolo 30.

Emilia Grazia De Biasi - Presidente della



Commissione Igiene e Sanità del Senato - rifiuta categoricamente ogni ipotesi di ulteriori tagli alla sanità, teme l'ingresso delle assicurazioni e chiede al ministro [Lorenzin](#) e al Governo un maggior coinvolgimento del Parlamento sulle decisioni che riguardano la sanità.

Federico Gelli - responsabile PD per la sanità - sostiene che l'idea di sanità pubblica del suo partito coincide con il dettato costituzionale e che il Ssn è un baluardo fondamentale perché il diritto alla salute dev'essere garantito, affermando senza mezzi termini «Basta tagli, la sanità ha già dato. La difenderemo con le unghie e con i denti. Con i tagli si mette a rischio il Ssn».

A fronte delle parole più o meno rassicuranti dei protagonisti, i fatti testimoniano che il Ssn oggi è vittima di una schizofrenia normativa e legislativa che permette, in ogni caso, alla politica di concorrere al suo "suicidio assistito" senza assumersi alcuna responsabilità, come dimostra la cronistoria:

- *16 ottobre 2014*. La Legge di Stabilità 2015 non prevede "ufficialmente" tagli alla sanità, ma chiede alle Regioni di recuperare 4 miliardi; si riaccende il conflitto istituzionale tra Governo e Regioni che congela l'attuazione del Patto per la Salute;

- *26 febbraio 2015*. Dopo oltre 4 mesi di consultazioni le Regioni, incapaci di formulare una proposta concreta, rinunciano all'incremento del fondo sanitario di oltre 2 miliardi previsto dal Patto; le imminenti elezioni in sette Regioni rimandano continuamente la decisione su "dove tagliare";

- *2 luglio 2015*. La Conferenza Stato Regioni raggiunge l'accordo sulla proposta di intesa per i tagli alla sanità: 2,352 miliardi per il 2015 e il 2016;

- *4 agosto 2015*. La Camera vota la fiducia al decreto Enti locali che recepisce i tagli.

Nell'ultimo anno, dunque, l'agenda politica della sanità è stata occupata inizialmente dal conflitto istituzionale tra Governo e Regioni riaperto dalla Legge di Stabilità 2015 (ottobre-febbraio), quindi paralizzata per lasciare la scena alle elezioni regionali

(marzo-maggio), infine dedicata alla manovra d'estate (giugno-luglio). Questo ha inasprito il clima di grande incertezza aumentando il disagio di pazienti, professionisti e organizzazioni sanitarie che continuano ad aspettare risposte concrete da numerosi provvedimenti rimasti al palo: attuazione dei nuovi Lea, nuovi ticket

ed esenzioni, attuazione degli standard ospedalieri, riorganizzazione delle cure primarie, nuove competenze delle professioni sanitarie (comma 566), legge sulla responsabilità professionale, etc.

Nonostante i protagonisti della politica facciano spesso riferimento a un sistema sanitario "tra i migliori del mondo", la realtà della sanità pubblica italiana è ben diversa e, oggi come non mai, necessita di un riallineamento degli obiettivi politici, economici e sociali di Governo, Parlamento e Regioni, al fine di attuare un'adeguata programmazione sanitaria in grado di disinvestire realmente da sprechi e inefficienze e riallocare in servizi essenziali e innovazioni.

I cittadini italiani e, in particolare, tutti i professionisti e gli operatori della sanità, meritano chiarezza: la politica non può permettersi di sprecare altri 12 mesi fomentando il conflitto tra Governo (che difficilmente si asterrà dall'attingere al salvadanaio del Ssn nella Legge di Stabilità 2016) e Regioni (che continueranno a trincerarsi dietro lo slogan "no money, no Patto"), lasciando al Parlamento il ruolo di "spettatore innocente". Anche perché, se la politica rilascia continue (e discordanti) dichiarazioni, l'intermediazione assicurativa si insinua strisciando tra le incertezze delle Istituzioni e contribuisce a demolire impietosamente l'articolo 32 della Costituzione e il modello di un Ssn pubblico, equo e universalistico.

* presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Controcanto. Più

tempo per le visite. E per poter scegliere con saggezza. Anche cosa non fare

Slow medicine ti salva la vita e fa risparmiare

I radiologi

Una delle categorie più a rischio. Difficile rifiutare un esame inutile, per paura di contenziosi legali. Ma per il paziente danni legati alle radiazioni assorbite e allo stress

I risparmi

Troppi ricoveri, visite, esami diagnostici evitabili. Non ci sono costi precisi ma la stima è di circa 10 miliardi, il 10 per cento del Fondo sanitario nazionale

I malati

Troppa medicalizzazione, i pazienti chiedono di poter fare più esami e il medico spesso non glieli nega. Per una pressione ormai diventata sociale

I rischi

Molti medici non riescono più ad assicurarsi, soprattutto in alcuni settori. Per un referto sbagliato si rischia anche un'accusa di omicidio colposo

BISOGNA intervenire su almeno tre versanti per arginare la medicina difensiva. Ne è convinto il professor Nicola Montano, direttore del reparto di medicina interna al policlinico di Milano.

Cosa bisogna fare?

«Intanto è necessario riformare la responsabilità medica dal punto di vista penale e civile. Poi dobbiamo lavorare sul versante culturale. Fin dall'università bisogna formare i medici ai principi della "slow medicine", e delle "scelte sagge" suggerite dal movimento "choosing wisely", nato negli Stati Uniti. Anche le società scientifiche devono essere coinvolte. Tutti devono avere una conoscenza della medicina basata sulle evidenze. In più bisogna essere consapevoli di un'altra cosa: la medicina difensiva può essere legata anche ad errori di tutto il sistema sanitario, non solo dei medici dunque ma anche di coloro che sono responsabili dell'organizzazione. Il movimento deve partire da noi medici ma gli attori non sanitari non sono esclusi».

Quali sono le conseguenze della medicina difensiva per i pazienti?

«Gli interventi che facciamo hanno sempre una controparte negativa, ad esempio pensiamo

agli effetti collaterali per i pazienti. Per le politerapie si associano a problemi che il medico deve conoscere bene».

Cos'è il movimento "choosing wisely"?

«È nato intorno a due punti cardine, quello clinico e quello economico. Si cercano di evitare atti medici che hanno scarso valore clinico e possono anzi provocare danno al paziente. E poi, in seconda battuta, si vuole capire se evitando quelle attività si fanno risparmiare anche dei soldi ai sistemi sanitari».

Siamo in un'era di medicina iperspecialistica, questo può avere a che fare con i comportamenti difensivi?

«L'iperspecialista è benvenuta ma il suo intervento deve essere la fine di un processo diagnostico e terapeutico che coinvolge medico di famiglia sul territorio e l'internista in ospedale come direttore dei lavori. Le specialità sono importantissime soprattutto per terapie e trattamenti delle acuzie. Cosa diversa è la cronicità. Tutte le statistiche dicono che abbiamo un numero sempre maggiore di pazienti con più problemi contemporaneamente. La visione completa di queste persone deve averla l'internista, se la prende l'iperspecialista potrebbe produrre prestazioni inappro-

priate».

Nel suo settore quali sono le prestazioni più a rischio inappropriatezza?

«Sono molte. Penso, ad esempio, alla immobilizzazione precoce dei malati che, invece, non devono essere messi a letto troppo presto, perché potrebbero subire danni. Un altro esempio è quello della Tac all'encefalo per le sincope. Quell'esame lo deve fare solo una piccola parte delle persone che ha avuto quel problema. Per non parlare dei tanti esami che vengono fatti per il dolore alla schiena. Prossimamente la società scientifica di medicina interna presenterà una indagine tra gli specialisti ai quali è stato chiesto di indicare le prestazioni sanitarie più a rischio».

(mi.bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Norme da coordinare sul danno erariale

Attenti alle disparità tra dipendenti e professionisti

La conciliazione funziona se integrata nel risk management

Non v'è dubbio che nell'ambito della responsabilità sanitaria si è assistito, negli ultimi decenni, a una crescita esponenziale del contenzioso. Tale tendenza ha comportato, da un lato, un ampliamento dello spettro della risarcibilità del danno alla persona, dall'altro lato, ha posto in evidenza il bisogno di trovare un punto di equilibrio tra l'esigenza di una tutela del diritto alla salute del paziente e la necessità di contenimento dei costi, considerata anche la riduzione progressiva delle risorse disponibili. È in un simile contesto che si è inserito, dopo anni di immobilismo da parte del legislatore italiano, la legge 189/2012 la quale, convertendo con modificazioni il Dl 13 settembre 2012, n. 158 (cosiddetto decreto Balduzzi), ha introdotto alcune significative disposizioni proprio in tema di responsabilità dell'esercente la professione sanitaria.

Ciononostante, è rimasta la necessità di una riforma di sistema, come dimostrato dai numerosi progetti di legge depositati nel corso di questa legislatura, per cercare di indirizzare il formante normativo verso un riassetto organico della materia (si vedano, al riguardo, le proposte presentate nel corso della XVII legislatura, A.C. 259, A.C. 262, A.C. 1312, A.C. 1324).

Tali tentativi hanno trovato una sintesi, sia nel testo elaborato dalla commissione per lo studio della medicina difensiva e la responsabilità per il personale sanitario, istituita dal ministro della Salute, sia nella bozza di lavoro prodotta dal Comitato ristretto della XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, da adottare come testo base da sottoporre alla discussione parlamentare.

Passando in sintetica rassegna sol-

tanto alcune delle disposizioni contenute nei due documenti da ultimo citati, senza dubbio il perno centrale delle due proposte è chiaramente posizionato sulla modifica sostanziale dei criteri di imputazione della responsabilità sia in ambito penale che civile.

In particolare, sul versante civilistico, di assoluto interesse è il riconoscimento della natura extracontrattuale (articolo 2043 del Cc) della responsabilità professionale del medico. Singolarmente, nel testo della Commissione ministeriale è proposta una netta distinzione tra il medico libero professionista e il medico dipendente di una struttura sanitaria: solo per quest'ultimo la responsabilità professionale sarà di natura extracontrattuale. Tale ultima caratterizzazione, sembra in qualche modo suggerita dal dibattito accesi a proposito della natura della responsabilità medica, all'indomani dell'entrata in vigore dell'articolo 3 del cosiddetto decreto Balduzzi.

Le conseguenze più immediate legate a una simile previsione riguardano, per citare solo le più importanti, una riduzione dei termini di prescrizione a 5 anni (anziché 10 anni previsti per i rapporti obbligatori), e lo spostamento dell'onere probatorio sul paziente. In un contesto che appare teso a riformare il regime della responsabilità medica, spostando il baricentro del sistema dal singolo operatore sull'ente che eroga le prestazioni sanitarie, di indiscusso rilievo si dimostra anche la previsione di un vero e proprio obbligo di assicurazione a carico delle strutture sanitarie.

Ancor più interessante è l'inedito riferimento - contenuto nello schema unificato del comitato ristretto - all'adozione di forme di c.d. autoassicurazione da parte delle aziende del servizio sanitario nazionale. Le principali criticità legate all'attuazione operativa di soluzioni di questo genere riguardano, soprattutto, l'adozione di metodi e strumenti di valutazione compatibili con la natura aleatoria degli impegni economici e, quindi, coerenti in linea di principio con strumenti di analisi/modelli di tipo statistico probabilistico, a salvaguardia della solidità patrimoniale degli enti, che potrebbe implicare, di conseguenza, la loro impossibilità di dare seguito al risarcimento dei danni causati a terzi.

Nell'ottica di scongiurare qualunque forma di deresponsabilizzazione del personale sanitario, deve esser letta la possibilità per le strutture ospedaliere di esperire l'azione di rivalsa nei confronti dei propri prestatori d'opera, dipendenti e non, ammessa in via integrale se il fatto è stato commesso con dolo.

Nelle diverse ipotesi in cui ricorre la colpa, invece, potrà essere esercitata nella misura massima di un quinto della retribuzione e per un periodo comunque non superiore a cinque anni. Da notare che ai predetti fini ciascun esercente la professione medica o sanitaria operante a qualunque titolo in presidi sanitari pubblici o nelle aziende del Ssn, deve essere debitamente assicurato a sua volta. Nell'attesa di conoscere i dettagli operativi, allo stato le perplessità sottese a tali norme sono numerose e impongono un necessario coordinamento con i principi vigenti in materia di danno erariale, per evitare che la nuova disciplina finisca per modificare le regole che oggi presidiano la responsabilità amministrativa.

Certamente innovativa, almeno nel nostro ordinamento, è l'introduzione di un Fondo di solidarietà sociale per il risarcimento delle vittime da alea terapeutica, mutuato da altre esperienze straniere, segnatamente d'oltralpe. Nell'articolato del Comitato ristretto, esso è posto a garanzia di alcune specifiche patologie, finendo, però, per erogare forme di indennizzo al posto di un intervento riparatorio integrale.

Infine, nel dichiarato intento di deflazionare il contenzioso, sono state previste delle ipotesi di conciliazione preventiva: meccanismi di tal genere, comunque, avranno maggiori possibilità di giocare un ruolo fondamentale nel tentativo di realizzare un rapporto virtuoso medico-paziente, soltanto se saranno opportunamente strutturati e disegnati per essere integrati con gli altri strumenti di gestione del rischio clinico.

Ernesto Macri
Avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ai medici 5 mld di rimborsi

La Cassazione consente di chiedere allo Stato indennizzi per mancata retribuzione dei periodi di specializzazione fino al 1978. Interessati 200 mila camici bianchi

I rimborsi per i medici specialisti rischiano di costare allo stato più di 5 miliardi di euro. È l'effetto di una sentenza della Corte di cassazione del 2 settembre che ha esteso su altri cinque anni la possibilità di presentare i ricor-

si per il mancato pagamento relativo ai periodi di specializzazione. Ai 160 mila medici specializzati tra il 1983 e il 2006 che già potevano presentare ricorso si aggiungono ora i 40 mila specializzati tra il 1978 e il 1983.

Migliorini a pag. 30

La Cassazione apre alle richieste di risarcimento di 200 mila specialisti

Medici, rimborsi record Mancati compensi dal 1978 per 5 miliardi

DI BEATRICE MIGLIORINI

I rimborsi per i medici specialisti rischiano di costare allo stato più di 5 miliardi di euro. È questo l'effetto della sentenza 1734/2015 della Corte di cassazione del 2 settembre scorso che ha esteso su altri cinque anni la possibilità di presentare i ricorsi per il mancato pagamento relativo ai periodi di specializzazione. Ai 160 mila medici specializzati tra il 1983 e il 2006 che già potevano presentare ricorso si aggiungono ora i circa 40 mila specializzati tra il 1978 e il 1983. Per un totale, quindi, di circa 200 mila potenziali ricorrenti, con una media di 45 mila euro, a rimborso per un totale teorico di circa 8 miliardi di euro. Ma dei 160 mila medici interessati nel primo round hanno fatto ricorso in 97 mila (il 61% circa). L'attesa, quindi, è che anche sugli specializzandi degli anni dal '78 all'83 la percentuale dei ricorsi sul totale degli aventi diritto sia più o meno la stessa. L'allarme arriva direttamente dalla Consulcesi, l'associazione che in prima persona si è occupata nella maggioranza dei casi di presentare i ricorsi, a seguito della sentenza della Corte di cassazione dello scorso 2 settembre con la quale i giudici del Palazzaccio hanno stabilito che hanno diritto al rimborso anche coloro che la scuola di specializzazione la hanno terminata a partire dal 1° gennaio 1983. Decisione che riporta indietro l'orologio di un quinquennio (le scuole

di specializzazione duravano al massimo cinque anni) e che porta a contare altri 40 mila potenziali ricorrenti. A ciò si aggiunge il fatto che, numeri alla mano, dei circa 4 miliardi già messi in conto per i soli gli specializzati dal 1983 al 2006, lo stato ha pagato meno di 480 milioni di euro.

La sentenza. La data spartiacque è il 1° gennaio 1983, fissata dalle direttive comunitarie 75/362/Cee, 75/363/cee e 82/76/Cee, che avevano imposto a tutti gli stati membri di corrispondere il giusto compenso ai medici durante gli anni della scuola di specializzazione a partire da quella data. Ma, proprio, sull'interpretazione della data è intervenuta la Corte di cassazione con la sentenza 1734/2015, stabilendo che tutti coloro che avevano finito la specializzazione a partire da quella data hanno il diritto di presentare ricorso per ottenere il rimborso dovuto. Se, invece, la specializzazione è stata conclusa il 31 dicembre 1982 non si è ricompresi tra gli aventi diritto. Per la Corte, quindi, accesso ai rimborsi per tutti i medici che ancora frequentavano corsi di specializzazione alla data del 31 dicembre 1982, indipendentemente dall'anno di iscrizione. «Nello specifico, infatti» hanno sottolineato i legali della Consulcesi che hanno seguito la vicenda, «la sentenza della Cassazione sostiene che l'esclusione degli ante 1° gennaio 1983 non trova alcun riscontro nelle direttive comunitarie in materia e si pone in aperto contrasto con

il principio comunitario della c.d. applicazione retroattiva e completa delle misure di attuazione della norma comunitaria. Pertanto», hanno proseguito, «la limitazione introdotta dallo stato italiano si qualifica come un comportamento anti-giuridico nell'ambito dell'ordinamento comunitario. Essendo, inoltre, il rapporto del medico un rapporto di durata, nell'ambito del diritto interno trova applicazione il principio secondo cui la norma giuridica sopravvenuta disciplina completamente il rapporto in corso, allorché, sebbene sorto anteriormente, non abbia ancora esaurito i suoi effetti». Di conseguenza, il rapporto deve essere inteso come sorto da primo giorno di scuola di specializzazione del giovane medico al contrario di quanto sostenuto dallo stato italiano.

Sanatorie. Ma per le casse dell'erario una via di fuga c'è. Anche se, in realtà, si tratterebbe di addolcire una pillola comunque amara. Al vaglio del parlamento, infatti, al momento sono stanziati tre ddl sul



tema che, come soluzione, propongono un accordo transattivo per gli aventi diritto (Atto Senato n. 679; Atto senato n. 1548 e Atto Senato n. 1269). Di nessuno dei tre testi, però, è ancora iniziato l'esame. Il tutto, nonostante il ministro della salute Beatrice Lorenzin, sul tema si sia espresso in modo chiaro dichiarando che «deve essere trovata una soluzione e snellito l'iter per ottenere i rimborsi per gli ex specializzandi perché, se da un lato lo stato chiede ai cittadini di pagare le tasse dall'altro lato deve pagare quando è chiamato a farlo». E per la soluzione transattiva, il cui potenziale vantaggio economico, per quanto indubbio, però deve ancora essere calcolato, si è espresso in senso positivo anche il presidente di Consulcesi, Massimo Tortorella secondo cui, «l'accordo transattivo rappresenta senza dubbio la strada migliore per tutelare correttamente i medici danneggiati e, allo stesso tempo, salvaguardare la finanze pubbliche».



Appropriatezza: alleanza oncologi-Mmg per risparmiare 400 mln

**Reinvestire
in innovazione
il 30% di risorse
recuperate**

**Troppe visite
"incontrollate"
presso i centri
di riferimento**

DI CARMINE PINTO *

I costi reali delle visite di controllo in oncologia sono pari a 400 milioni di euro ogni anno. Un valore che supera di 10 volte quelli attesi, ossia 40 milioni. La causa è da ricercare nella prescrizione di troppi esami inutili o inappropriati e nella scarsa comunicazione fra oncologo e medico di famiglia.

Per la prima volta nel nostro Paese è stato firmato un patto fra specialisti, medici del territorio e pazienti per realizzare un nuovo modello di cura che riguarda i 3 milioni di italiani con storia di cancro che si sottopongono al follow up, cioè alle visite di controllo successive alla fase acuta della malattia.

Oggi i pazienti restano in carico allo specialista per un tempo indefinito. Nel nuovo modello invece è previsto il passaggio dall'ospedale al territorio (in tempi che variano in relazione allo stadio della neoplasia e all'età della persona in cura), con la possibilità che i pazienti tornino dall'oncologo nel caso vi sia il sospetto di recidiva.

Reinvestire in innovazione. In questo modo potrà essere ottimizzata l'assistenza e diminuiranno i tassi di ospedalizzazione durante la sorveglianza clinica. E sarà risparmiato almeno il 30% delle risorse, da investire in terapie innovative. I nuovi principi cardine a cui si devono ispirare le visite di controllo sono contenuti nel documento di consenso firmato a Roma l'11 settembre da tutte le società scientifiche coinvolte e dalle associazioni dei pazienti nel corso della Consensus Conference «Dalla pratica del follow up alla cultura di survivorship care», organizzata dall'Associazione italiana di Oncologia (Aiom).

Il follow up oncologico, cioè la sorveglianza clinica dopo il trattamento di un tumore, non ha solo il significato di anticipare la diagnosi di un'eventuale recidiva, ma deve riguardare tutte le condizioni che influiscono sulla qualità di vita della persona. Finora si è posto l'accento solo sul primo aspetto e non sono

stati considerati gli ulteriori bisogni delle persone colpite dal cancro. E, soprattutto, non sono stati messi in atto percorsi virtuosi.

L'insieme di queste funzioni viene riconosciuto come "survivorship care", cioè come cura della

persona guarita. Solo in questo modo potremo realizzare una più completa gestione delle problematiche di salute, grazie all'alleanza con i medici di famiglia. Nel nuovo modello infatti è previsto che lo specialista formuli un programma di follow up, come già avviene nei Survivorship Care Plan raccomandati dall'American society of clinical oncology (Asco).

Da un lato il paziente può conoscere tipo e durata dei controlli, dall'altro al medico di famiglia viene inviata una lettera con informazioni precise e con l'indicazione dello specialista di riferimento in caso di dubbi. La programmazione del follow up deve essere esplicita, chiara e condivisa da tutti. Questo modello avrà un enorme impatto in termini di razionalizzazione delle risorse e di risparmi.

Nel 2014 sono stati stimati in Italia 365.500 nuovi casi di cancro. Alcuni fra i tumori più frequenti, come quelli del colon retto (52mila), del seno (48mila) e della prostata (36mila) generano bisogni di salute superiori rispetto a quelli della popolazione generale, che persistono nel tempo. E la qualità di vita di questi pazienti è condizionata dai trattamenti ricevuti, dalle comorbidità e dalla condizione di disagio psicologico. I costi molto alti delle visite di controllo sono dovuti anche a una diffusa tendenza alla ipermedicalizzazione dei pazienti. Il follow up intensivo, inteso come l'aggiunta di esami strumentali e di laboratorio alla sorveglianza clinica, ha un'efficacia variabile nelle diverse patologie. Va certamente scoraggiato l'utilizzo di procedure non suffragate da evidenza e non suggerite dalle linee guida. In casi particolari, l'applicazione di nuovi metodi può favorire l'anticipazione diagnostica, ma tutto ciò va dimostrato nel contesto di studi clinici.

Inoltre la maggioranza dei pazienti oggi non sviluppa recidive. Per questo è fondamentale che le visite di controllo rispondano ai nuovi bisogni di cure dovuti a invalidità e inabilità (per esempio, impotenza o incontinenza) che la malattia e i trattamenti possono causare. Inoltre le visite di controllo rappresentano l'occasione per offrire consigli sui cambiamenti dello stile di vita in grado di influire positivamente sulla prognosi.

Non può quindi essere sottovalutato il significato più ampio del follow up che spazia dalla sorveglianza delle tossicità tardive delle terapie, alla diagnosi precoce di secondi tumori, ai percorsi di riabilitazione, ai consigli su stili di vita corretti, fino al supporto psicologico. In che modo è possibile realizzare questo obiettivo?

Innanzitutto, come specificato nel documento di consenso, vanno coinvolte tutte le professionalità rilevanti evitando sovrapposizioni e ridondanze, deve essere individuata una figura di coordinamento che rappresenti un riferimento continuativo ed esplicito per il paziente ed è necessario seguire una programmazione condivisa e adattata alle specifiche condizioni della persona colpita dalla malattia. Per molte neoplasie oggi è possibile parlare di cronicizzazione. Quindi non è pensabile che queste persone siano seguite per 10-15 anni solo dal centro di riferimento. È necessario coinvolgere i medici di famiglia, che potranno svolgere un ruolo fondamentale nel gestire i pazienti cronicizzati o guariti con rischio molto basso di ricaduta e con scarse problematiche cliniche. E il programma di follow up stilato dallo specialista è uno strumento fondamentale per migliorare il dialogo fra ospedale e territorio. Le modalità di interazione possono essere modulate sulla base del rischio di ricaduta, degli effetti collaterali tardivi e del contesto clinico.

I pazienti a basso rischio o con comorbidità rilevanti possono essere reindirizzati precocemente al medico di medicina generale. Le persone a rischio intermedio possono essere se-



guita con un modello sequenziale o di alternanza tra i due professionisti. I pazienti ad alto rischio richiedono invece un maggiore e più continuativo coinvolgimento dello specialista, almeno nei primi anni. Nel docu-

mento di consenso viene inoltre sottolineato che i Servizi sanitari prevedano percorsi di accesso agli accertamenti con codici di priorità facilitanti. Infine il riferimento alla necessaria adozione di una modalità condivisa di registrazione

delle informazioni cliniche. In particolare, l'utilizzo di una cartella unica informatizzata rappresenta lo strumento ottimale per garantire continuità degli interventi, omogeneità delle prestazioni e evitare duplicazioni delle procedure.

** presidente nazionale Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica) e direttore dell'Oncologia medica dell'Azienda Asmn-Irccs di Reggio Emilia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Perché è menzognero il concerto (mediatico) sui tagli alla Sanità

ZERO RIDUZIONI AI FINANZIAMENTI STATALI, MINI-LIMATURE DELLE REGIONI IN ROSSO E LA LAGNA DI OPERATORI E POLITICI

Dal 2000 al 2012, lo stato centrale ha visto aumentare del 68 per cento le sue spese per la Sanità, fino a 112 miliardi di euro. Anche le uscite delle regioni non commissariate sono salite fino a oggi. Ma aumentare la spesa sanitaria non vuol dire migliorare la salute degli utenti

DI MARCELLO CRIVELLINI*

In queste settimane si susseguono dichiarazioni catastrofiche sulla sanità e su ipotetici tagli dei finanziamenti. Sono tutte dichiarazioni interne al mondo sanitario (sindacati, ordine dei medici, assessori e presidenti di regione, aziende farmaceutiche...) cioè di coloro che vivono di Sanità e ne gestiscono la spesa. Al grido di "basta tagli alla Sanità" li quantificano con le cifre più diverse: da alcuni miliardi sino a trenta miliardi di tagli negli ultimi anni. E' vero? Facciamo rispondere i numeri ufficiali scritti, non quelli gridati.

Per quanto riguarda il finanziamento (cioè i soldi che lo stato destina alla Sanità) basta consultare il sito del [ministero della Salute](#) che riporta una tabella del finanziamento dal 1992 al 2012. Ebbene da oltre vent'anni i valori sono sempre cresciuti: dai 48 miliardi del 1992, ai 67 miliardi del 2000, ai 112 miliardi del 2012. Nel periodo 2000-2012 l'incremento è stato del 68 per cento, dal 2005 al 2012 del 23 per cento! Nessun altro settore in Italia ha avuto tanti e tali aumenti.

Per quanto riguarda la spesa (cioè i soldi effettivamente spesi dalle regioni per la Sanità) basta consultare un preciso documento della Ragioneria generale dello stato ("Monitoraggio della spesa sanitaria"). Anche qui i numeri veri dicono che sino al 2010 la spesa è sempre aumentata, nel 2011 è diminuita di 159 milioni (su 111 miliardi!) rispetto al 2010, nel 2012 è diminuita di 23 milioni rispetto al 2011, nel 2013 è diminuita di 1.132 milioni. In sintesi il finanziamento dello stato è sempre aumentato, mentre la spesa delle regioni è lievemente diminuita solo negli ultimi tre anni.

Questo fenomeno è approfondito nel documento della Ragioneria. La spesa delle regioni "normali" è comunque sempre aumentata (anche negli ultimi anni) con tassi di crescita medi del 5,3 per cento nel periodo 2002-2006, del 3,4 per cento nel periodo 2006-2010 e dello 0,1 nel periodo 2010-2013. La spesa sanitaria delle regioni "canaglia" dal punto di vista sanitario (grandi deficit e debito, poca qualità, mobilità passiva alta, resistenza ai cambiamenti e alla modernizzazione...) cioè quelle con piani di rientro è comunque crescente sino al 2010 ed è scesa dell'1 per cento tra il 2010 e il 2013. E' dunque il deficit delle regioni con gestioni dissestate che (finalmente) è iniziato a scendere.

Dunque, quali tagli? Tagli ai finanziamenti, nessuno. Tagli alla spesa, pochissimi e concentrati nelle regioni la cui gestione è stata per decenni esempio di sprechi incapaci e spesso anche altro.

Alcune delle corporazioni sanitarie la-

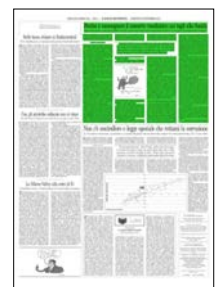
mentano inoltre che l'Italia spende meno di alcuni altri paesi come Francia e Germania. E' vero ma l'Italia è da anni in media Ocse (circa il 9 per cento del pil): il problema non è nostro ma di Francia e Germania che buttano via 2 punti di pil di spesa sanitaria inutilmente, ottenendo risultati di salute inferiori ai nostri.

C'è infatti una questione di fondo da chiarire: ci interessa la sanità o la salute dei cittadini? Come emerge chiaramente dall'analisi dei sistemi sanitari e della salute in tutti i paesi del mondo, aumentare la spesa sanitaria oltre un certo valore non vuol dire aumentare la salute, ma solo spendere di più. Studi dell'Ocse e la semplice osservazione dei dati mostrano che oltre una certa spesa sanitaria non si ottiene alcun risultato di salute; conviene spendere meglio, eliminare sprechi, prescrizioni inutili e inappropriate (dunque dannose per la salute), protocolli inefficaci, distribuire meglio la spesa, costruire sistemi di valutazione indipendenti, informare e coinvolgere i cittadini.

Assieme al Giappone siamo il paese con la migliore salute e la nostra spesa sanitaria è giusta (forse potrebbe essere anche minore, mantenendo gli stessi risultati di salute). Aumentare la spesa sanitaria non porterebbe ad alcun risultato se non garantire il protrarsi di situazioni di spreco, corporative, spesso ai limiti della legalità e a volte pericolose per la salute dei cittadini. Mantenere questo livello di spesa (eventualmente ridurlo un po') è l'unico modo per costringere il mondo sanitario a cambiare per migliorare la salute dei cittadini, non i propri interessi interni.

Le tre vere criticità per ridurre gli sprechi

Non c'è dunque alcun allarme sul fronte del finanziamento e della spesa. Ci sono invece alcune situazioni critiche, di cui le corporazioni sanitarie evitano di parlare, e sulle quali è necessario e urgente intervenire. La prima riguarda le esigenze di salute e l'attuale modello di cure. Attualmente gli accordi nazionali tra ministero e regioni prevedono che le cure ospedaliere assorbano il 44 per cento della spesa totale (in realtà è spesso superiore). Questo stride con i cambiamenti demografici in atto da decenni. L'invecchiamento della popolazione - un successo storico per la nostra società - ha portato a esigenze nuove: la cronicità e la disabilità sono molto più diffuse e richiedono modelli di cura diversi, le cure per le acuzie risultano ormai sovradimensionate. Questa criticità va risolta spostando progressivamente 5-10 punti percentuali di spesa dalle acuzie alla cronicità-disabilità. Ecco la vera emergenza sa-



nitaria e di salute, non la tutela economica dell'attuale assetto ospedalocentrico, ormai superato.

La seconda criticità è che la politica regionale considera la Sanità come il maggior canale di consenso elettorale attraverso il controllo degli appalti, delle nomine, delle assunzioni, eccetera. I direttori generali sono scelti solo per appartenenza politica e ubbidienza alle diverse cordate e costituiscono il braccio armato delle maggioranze e dei gruppi interni. Questo scandalo che colpisce la salute e le tasche dei cittadini va estirpato alla radice, togliendo agli assessori e ai presidenti di giunta la scelta dei direttori generali.

La terza criticità è che nell'attuale sistema il cittadino non conta niente e non dispone di reali strumenti di decisione e di scelta. Negli indicatori internazionali in questo settore l'Italia è sempre agli ultimi posti. La soluzione è stroncare la tradizionale cultura autoreferenziale del mondo sanitario creando centri nazionali di valutazione indipendente sulla reale efficacia delle cure, sulla qualità dei servizi e degli operatori con risultati pubblici e pubblicizzati. I risultati delle valutazioni andrebbero associati a un sistema di incentivi e penalizzazioni per i principali attori del sistema, come avviene in qualsiasi altro settore non corporativo.

In conclusione è bene separare con chiarezza la Sanità dalla salute. La Sanità è solo uno strumento per la salute; il suo finanziamento e la sua organizzazione hanno senso solo se finalizzati alle esigenze di salute dei cittadini, non al mantenimento di gruppi di interesse e di vecchi equilibri interni.

**Docente di Analisi e organizzazione di sistemi sanitari al Politecnico di Milano*

Farmaci. Niente carne, molti vegetali, tanto esercizio fisico. E se non basta, le pillole. Le statine o i nuovi proiettili biologici. Ma tra gli scienziati è polemica su quando l'Ldl è davvero fuori controllo e causa ictus o infarti

La battaglia contro il colesterolo

Non c'è una soglia limite uguale per tutti ma va calcolata ad hoc

LETIZIA GABAGLIO E DANIELA MINERVA

TENERE BASSO il colesterolo. È il mantra di tutti i medici che incrociamo. E gli italiani ce l'hanno così presente che per tenere a bada i lipidi nel sangue consumano ogni anno un miliardo di euro in pillole, statine soprattutto. Sempre utili? È da quando sono arrivati sul mercato che questi farmaci sono sorvegliati speciali perché non sempre il loro utilizzo è stato appropriato, anzi la pressione delle aziende è stata tale da spingere i medici spesso a prescriberli quando bastava mettere a dieta il paziente, con ciò sprecando denaro pubblico. Oggi, l'arrivo di due nuovi farmaci biologici (evolocumab e alirocumab, prodotti da Amgen e Sanofi), potenti e costosi, ha riaperto i riflettori, con l'Agenzia del farmaco a dire che rappresenteranno per le casse del Ssn un altro bel salasso. Detto che questi proiettili biologici sono riservati a chi ha ereditato l'ipercolesterolemia, e che quindi il mercato si riduce di molto, le autorità sono in allarme perché quando c'è di mezzo il colesterolo il rischio che salti il banco esiste. Per una ragione molto precisa: la grande incertezza su dove bisogna mettere l'asticella. Insomma, quando dobbiamo ammettere che il nostro colesterolo cattivo (Ldl) è così fuori controllo da imporci una terapia farmacologica se non vogliamo rischiare un infarto o un ictus?

Ovvio che più bassa è l'asticella, più è colossale il business. Considerazione che spinge a guardare con sospetto il fatto che, da quando sono sul mercato le statine, le società scientifiche americane tendono ad abbassare la soglia tollerabile. Fino alle ultime linee guida Usa che comandano di tenere l'Ldl sotto i 70, e che ad alcuni sono sembrate esagerate.

Su una cosa, però i cardiologi sono d'accordo: il numero magico che fissa il nostro Ldl non dice praticamente nulla, a meno che, naturalmente, non vengano oltre i 115 e il colesterolo totale ol-

tre i 190. In questo caso bisogna subito prendere provvedimenti: dieta, esercizio fisico e, se non bastano, farmaci. Sotto questi valori, a determinare quanto rischiamo è un complesso di fattori che tengono conto del nostro stato di salute, del nostro stile di vita e della familiarità. Per metterli tutti insieme, i cardiologi hanno disegnato le mappe del rischio. Dove scopriamo che una persona che è sovrappeso, ha il diabete e la pressione alta, ad esempio, deve tenere il suo colesterolo ben sotto i 100; più basso di chi ha uno solo di questi fattori di rischio; e ancor più di chi è giovane e sano. I profili nelle mappe sono centinaia. E se è vero dobbiamo decidere col medico quando abbassare l'Ldl, è anche vero che il margine di interpretazione è ampio. E che in quel margine si insinua qualche ricetta di troppo.

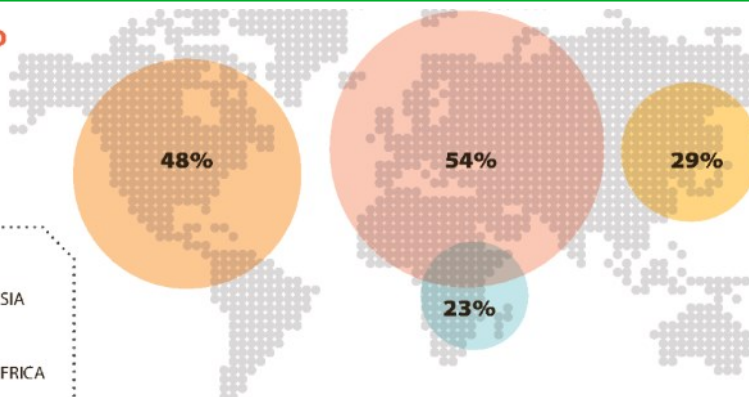
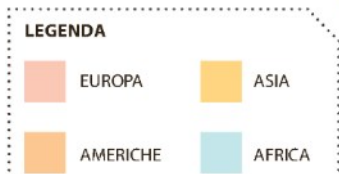
A volte, però, un parametro certo c'è. Quando il colesterolo cattivo è scritto nei geni: chi ne soffre rischia infarto e ictus anche da giovane e a 40 anni ha i vasi danneggiati come quelli di un settantenne. Tanto che l'85 degli uomini con Ldl ereditario muore di infarto intorno ai 60 anni. È a loro innanzitutto che saranno destinati i nuovi farmaci biologici. E se così fosse, con un adeguato monitoraggio antiabuso, i costi potrebbero essere limitati. Ma a preoccupare è il fatto che i «monoclonali sono efficaci - osserva Alberto Zambon, lipidologo dell'Università di Padova - su un ampio ventaglio di pazienti. Vuol dire che potremo prescriberli anche a chi è intollerante alle statine». Le quali hanno spesso effetti collaterali tali che «dopo 6 mesi di terapia solo il 50 per cento dei pazienti segue lo schema così come dovrebbe - spiega Claudio Rapezzi, cardiologo dell'Università di Bologna - gli altri abbandonano o decidono di prendere la pasticca solo quando hanno mangiato troppo, o dopo aver ritirato le analisi». Ovviamente è inutile. Mentre un farmaco meglio tollerato potrebbe avere risultati. Ma allora davvero fa impennare i costi. Da oggi comunque c'è uno strumento in più. Gli scienziati hanno fatto la loro parte, ora tocca all'Aifa trattare un prezzo adeguato. Stabilire chi e quando potrà usare uno strumento così costoso. Ma soprattutto vigilare sugli abusi di questi come dei vecchi farmaci, anche se ormai costano poco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



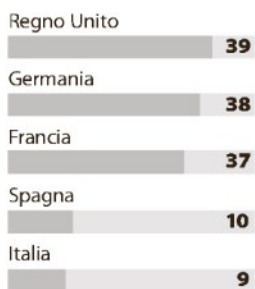
I MALATI NEL MONDO

% di persone con livelli alti di colesterolo sul totale della popolazione



IN EUROPA

MILIONI DI MALATI

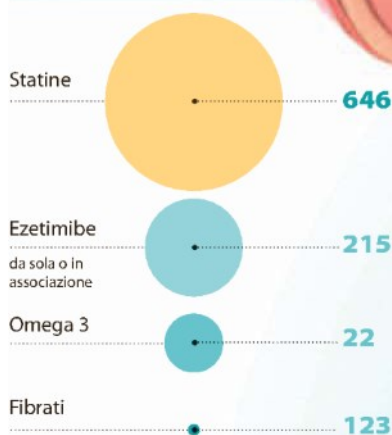


FATTORI DI RISCHIO



QUANTO SPENDIAMO

FARMACO / SPESA IN MILIONI



Fonte: RELABORAZIONE DATI LA RSALUTE / OSMED / OMS

LE CAUSE PRINCIPALI



LA FORMA EREDITARIA

CHI COLPISCE

Una persona ogni 200-250

200-250
MILA italiani

<1%
ha la diagnosi

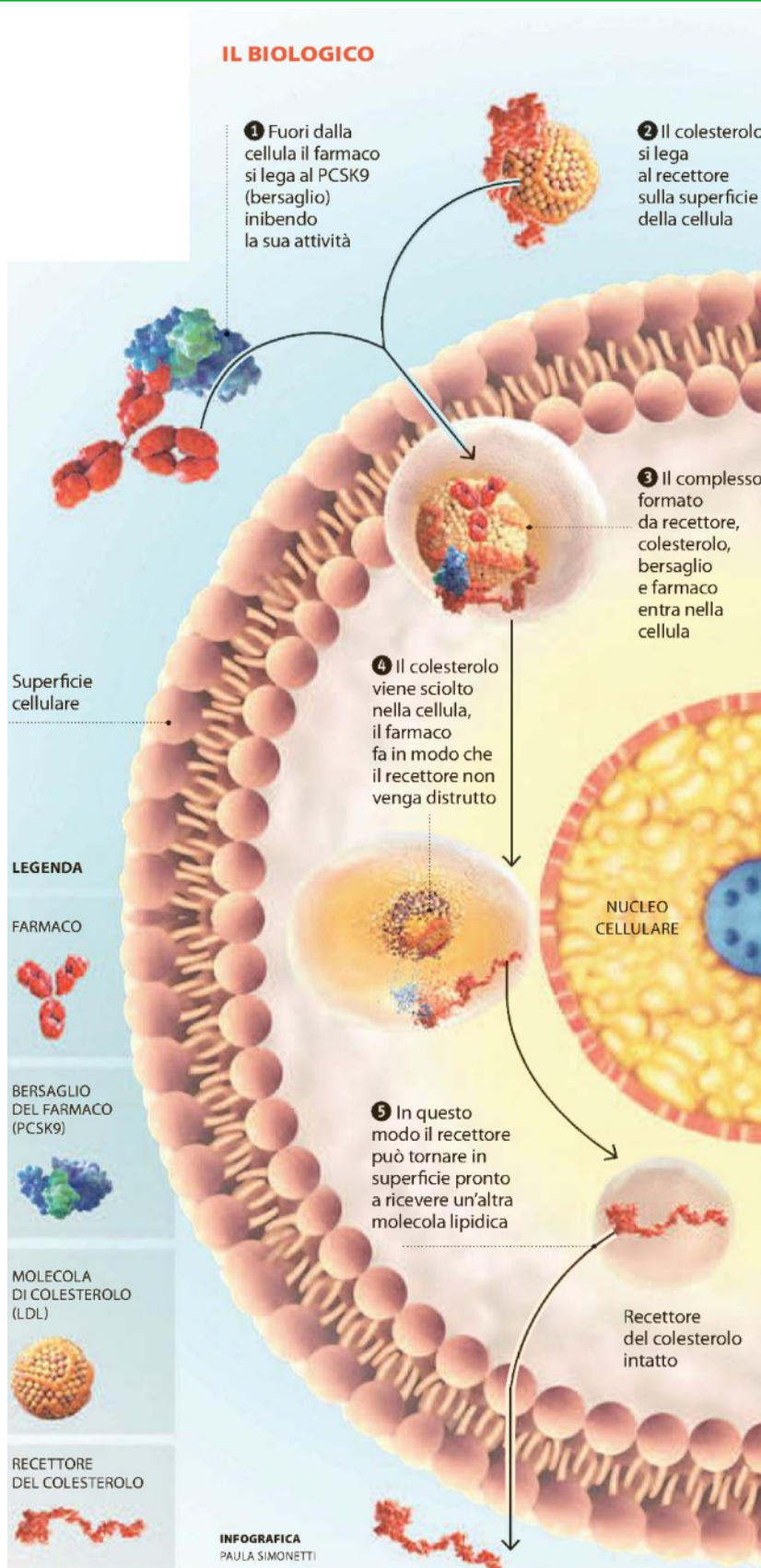
I SEGNALI

Infarto o ictus in età precoce

Placche bianche vicino agli occhi o nelle mani

Colesterolo oltre 300mg/dL*

*milligrammi per decilitro



La scoperta: il nostro intestino è un recettore di neurotrasmettitori

C'è un cervello nella pancia

L'organo ha una vita indipendente non prende ordini dalla «centrale»

La funzione

Aiuta a fissare i ricordi emotivi

Può segnalare gioia e dolore

Il ricercatore

«Un giorno avremo psicologi per curare il nostro ventre»

di **Dimitri Buffa**

Luomo e gli altri animali non hanno un solo cervello. Bensì due. L'altro è dentro l'intestino. Che i cinesi dai tempi di Confucio hanno sempre considerato "la porta delle emozioni". Adesso però gli studi del professor Michael D. Gershon, autore del best seller scientifico "Il secondo cervello", edito in Italia dalla Utet, sono andati oltre le intuizioni dello yoga delle discipline zen o dell'"olismo" in generale: il nostro intestino, lungo oltre 15 metri per una superficie di 250 metri quadrati, è un recettore di serotonina e altri neurotrasmettitori che ha una propria vita indipendente da quella del cervello che sta nella testa.

Talmente indipendente che le sue cellule, in vitro, reagiscono ai neurotrasmettitori senza bisogno di prendere ordini dal cervello. E negli animali sottoposti ad esperimenti mentre sono vivi, continua ad avere una propria vita anche quando i circuiti che collegano il midollo spinale allo stesso intestino vengono bloccati.

Non solo: questo secondo cervello, che per chi è ipersensibile e somatizza le proprie emozioni dà risposte che vanno dalle strette spastiche alle

coliti, può essere curato anche con una sorta di psicoterapia ad hoc. Cosa che fa pensare che in futuro avremmo anche degli strizza cervelli del sistema nervoso intestinale. Che ha una propria vita, sia a livello simpatico, sia a livello conscio, che non sempre è collegata a quella del cervello nella testa. Dal punto di vista neurologico e fisico il nostro intestino va invece curato e nutrito evitando quegli stress alimentari che lo rendono "infelice": tanta acqua, fiocchi d'avena e...buoni sentimenti. A proposito di quest'ultimo aspetto del benessere neurointestinale, un testo fondamentale è "Il tuo corpo implora acqua" di Fereydoon Batmanghelidj, medico iraniano noto per avere curato con l'acqua i problemi intestinali di quasi 3 mila detenuti del regime degli ayatollah nella terribile prigione di Ishafan.

La scoperta fondamentale, biologica, di Gershon è questa: «la muscolatura liscia e le ghiandole dell'intestino non sono rifornite dai due moto neuroni del cervello ma da complessi circuiti neuronali enterici intrinseci che possono coinvolgere molti neuroni. di fatto dato che i riflessi si verificano quando (negli esperimenti, ndr) l'apparato intestinale è tagliato fuori dal sistema nervoso centrale, le fibre del nervo vago e quelle sacrali possono essere completamen-

te irrilevanti per molti dei comportamenti dell'intestino...».

Gershon per molti anni è stato ostracizzato nelle proprie ricerche. Finché nel 2004 non uscì questo libro che è la somma di tutte le sue ricerche.

«La teoria dei due cervelli poggia su solide basi scientifiche - spiegava all'epoca l'esperto americano - basti pensare che l'intestino, pur avendo solo un decimo dei neuroni del cervello, lavora in modo autonomo, aiuta a fissare i ricordi legati alle emozioni e ha un ruolo fondamentale nel segnalare gioia e dolore. Insomma, l'intestino è la sede di un secondo cervello vero e proprio. E d'altronde le cellule dell'intestino producono il 95% della serotonina, il neurotrasmettitore del benessere». Cosa che peraltro spiega anche l'effetto delle droghe e dell'alcool, che iniziano a produrre effetti dal momento della digestione.

«A lungo l'intestino è stato considerato una struttura periferica, deputata a svolgere funzioni marginali - spiega Umberto Solimene dell'Universi-



tà di Milano, autore della presentazione del libro in questione - ma la scoperta di attività che implicano un coordinamento a livello emozionale e immunologico ha rivoluzionato questo pensiero. Nella pancia troviamo infatti tessuto neuronale autonomo».

Michael D. Gershon, che è il responsabile del Dipartimento di Anatomia e Biologia cellulare della Columbia University ed è considerato uno dei padri della neurogastroenterologia, parlando di questo secondo cervello va in un certo senso anche contro i propri interessi di neurologo: «non tutti i malesseri sono curabili con la medicina, ora che sappiamo che l'ipotesi di un secondo cervello indipendente dal primo non è più solo un'intuizione, il corollario è che un giorno possano esistere anche psicanalisti e psicoterapeuti specializzati nel ripristinare la serenità del nostro intestino...».

E se uno psicanalista della testa non ha funzionato per calmare la nostra ansia, un giorno potrebbe funzionare uno psicologo della pancia.

Invecchiamento. Previene
malattie e declino cognitivo. E mette di buon umore
Oltre i 65 anni, è la vera polipillola antiage

Il movimento allunga la vita A tutte le età

**Trenta o quaranta minuti
al giorno. Quattro volte
a settimana. Anche dopo i 75**

MARIAPAOLA SALMI

PAROLA DELL'ISTAT: gli italiani over 65 che fanno sport con continuità sono la stragrande maggioranza. Il 61,7 per cento delle persone tra i 65 e i 74 anni e, a sorpresa, il 68,2 di chi ha passato anche i 74. E fanno bene. Perché l'esercizio fisico è un vero e proprio farmaco che allunga la vita, migliora il funzionamento del corpo e della mente, previene e cura le malattie e la disabilità. Insomma, è l'unico antiage efficace che abbiamo in mano. Anche se si comincia in età avanzata. «Molte ricerche dimostrano che non è mai troppo tardi per iniziare e che gli effetti positivi - dice Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatrica - si hanno a qualsiasi età». Proprio qualsiasi, come ricorda lo studio LIFE, indagine multicentrica condotta su persone tra i 70 e gli 80 anni a rischio di diventare disabili, seguite per tre anni: uomini e donne coi capelli bianchi che hanno cominciato a fare esercizio fisico in maniera regolare e continuativa hanno visto diminuire del 20 per cento il rischio di soffrire di una qualche forma di disabilità. Come indica anche uno studio appena pubblicato su *Lancet* che documenta come sport, dieta mediterranea e sollecitazione psicologica, riducono del 25 per cento il declino cognitivo non solo nella popolazione generale, ma anche tra chi ha fattori di rischio predisponenti.

Mantenersi attivi, ripetono i geriatri, è la polipillola magica, più efficace di qualunque medicina. E l'Europa - che chiede a tutti i paesi membri di guadagnare entro il 2020 due anni di aspetta-

tiva di vita - ci mette del suo.

A ottobre parte il progetto SPRINTT che durerà due anni coinvolgendo undici paesi europei e 1.500 ultrasessantenni fragili, sottoposti ad attività fisica controllata (45 minuti per tre giorni a settimana). «Per definizione quando la velocità del cammino rallenta si comincia a parlare di invecchiamento - afferma Roberto Bernabei, direttore del Centro di medicina dell'invecchiamento al Policlinico Gemelli di Roma - il primo segno è la perdita di massa muscolare e di forza che vanno contrastate e prevenute con esercizio fisico specifico e adeguata nutrizione». E la raccomandazione, dettata dalle linee guida internazionali, suggerisce 30-40 minuti di attività fisica moderata per 4-5 giorni a settimana. Perché l'esercizio fisico giova all'apparato cardiovascolare, potenziando l'ossigenazione di tutti gli organi; migliora la forza muscolare, l'equilibrio, la postura e previene le cadute; contrasta la senescenza cerebrale e tutti i problemi che comporta; facilita le funzioni dell'apparato gastrointestinale; rafforza le ossa e previene l'osteoporosi; favorisce la socializzazione e, siccome durante il movimento si liberano endorfine, ormoni del piacere, ne guadagna l'umore. «La scelta dello sport da praticare va correlata all'età e alle condizioni generali, qualunque sia il tipo di movimento individuato, va programmato e dosato sulle singole esigenze - spiega Marco Trabucchi, direttore di U.O. neuroriabilitativa della Fondazione Santa Lucia di Roma - ogni seduta deve comprendere una parte aerobica moderata e una di esercizi per rinforzare i muscoli».

Obbligatoria, però, è l'iniziale valutazione medica. Ma soprattutto quello che fa la differenza è lo sforzo di personalizzare la prescrizione dell'esercizio-farmaco (tipologia, intensità e durata). A cui va associata una dieta adeguata con frutta e verdura, sì, ma anche proteine e liquidi, fondamentali per poter fare sport in sicurezza.

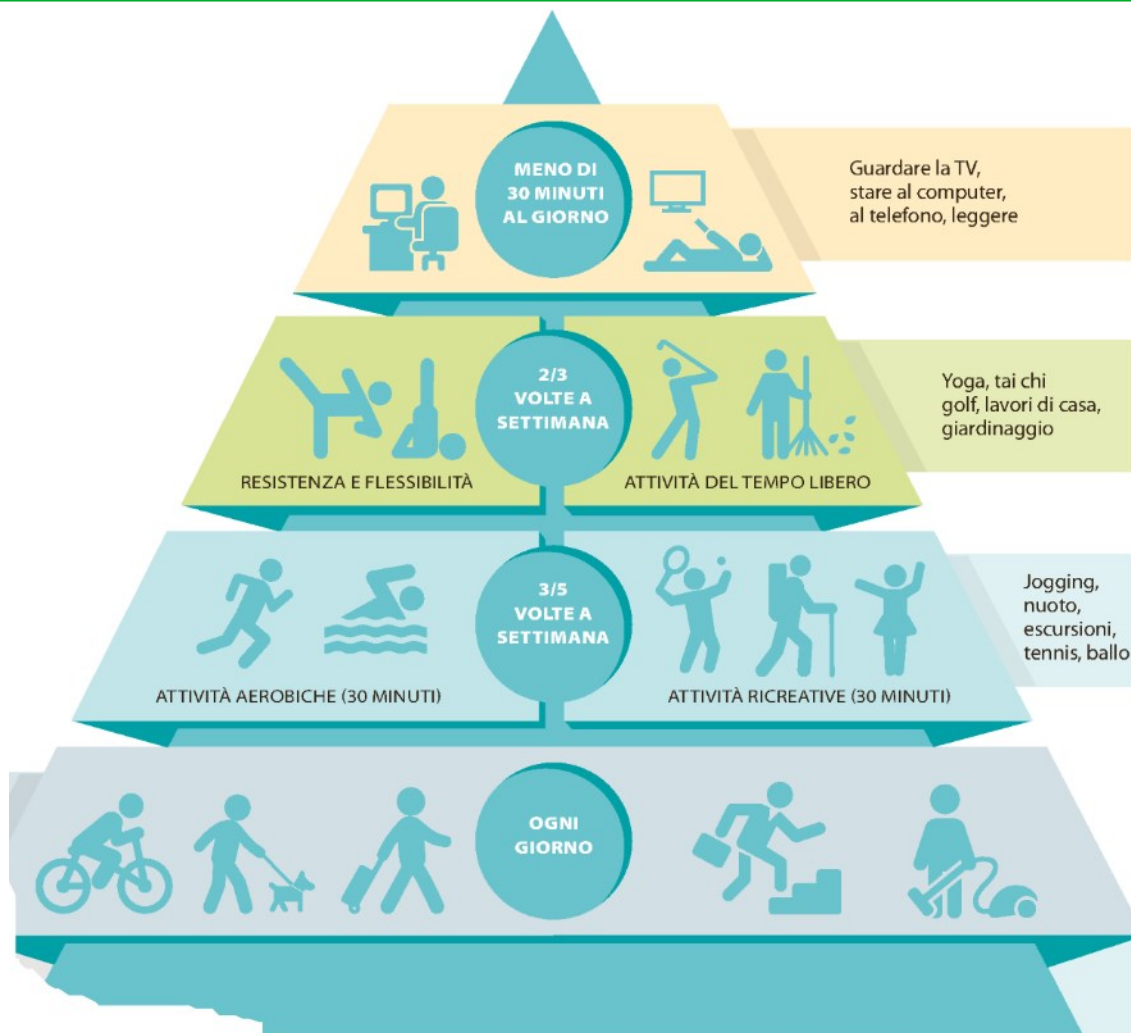
© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUI LA PIRAMIDE

Camminare e/o andare in bicicletta	Portare a spasso il cane	Fare le faccende domestiche	Usare le scale invece dell'ascensore	Fare la spesa a piedi
------------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	-----------------------

FONTE: RIELABORAZIONE DATI ISALUTE / PRESIDENT'S COUNCIL ON PHYSICAL FITNESS AND SPORT, WASHINGTON - INFOGRAFICA: PAULA SIMONETTI





CONSIGLI TERAPEUTICI

DIABETE MELLITO



Camminare, fare le scale, ballo a intensità moderata, allenamento con pesi moderati, esercizi di flessibilità, monitoraggio dei sintomi e dieta

IPERTENSIONE



Camminare, cyclette, ballo, allenamento con pesi moderati e poche ripetizioni, ridurre gli sforzi muscolari senza movimento

MALATTIE CARDIACHE



Camminare, fare le scale, ballo ad intensità moderata, allenamento con pesi leggeri e molte ripetizioni, necessaria supervisione di un esperto

OSTEOPOROSI



Allenamento moderato con pesi, scendere scale, esercizi per il tronco e le gambe, stretching e attività aerobica

PERI BIMBI

La scelta

Quando un bambino può cominciare a praticare un'attività sportiva? E qual è lo sport giusto per ogni età?

Una guida della Società italiana di pediatria (Sip) aiuta i genitori nella scelta. Il bambino piccolo deve avvicinarsi allo sport attraverso il gioco: corsi di acquaticità e baby gym sono ideali. A partire dai 6-7 anni comincia il vero apprendimento di una disciplina sportiva. Fino a sette-otto anni vanno prediletti gli sport completi che rafforzano e sviluppano tutto il corpo. Più in dettaglio: dai 3 anni, il nuoto migliora la sicurezza e aiuta la coordinazione; dai 4, il ciclismo stimola l'equilibrio, l'autostima e la capacità di risolvere i

problemi; dai 5, la ginnastica promuove il controllo del corpo, la danza aiuta ad acquisire una postura corretta e la coordinazione motoria, e il pattinaggio potenzia la flessibilità articolare e l'equilibrio. A 6 anni, poi, si può cominciare atletica leggera, tennis e scherma, sport asimmetrici, che sviluppano concentrazione e disciplina; dai 7 anni, pallavolo e basket, attività complete che fanno lavorare la parte superiore e inferiore del corpo, i paravertebrali, gli addominali e stimolano lo spirito di gruppo, calcio, karate e judo utili sia nei bambini insicuri e timidi perché danno fiducia sia in quelli più vivaci perché insegnano a tenere sotto controllo l'aggressività. È importante che l'attività sportiva prescelta diverta il bambino in modo da permettere che il movimento diventi una vera e propria abitudine, piacevole da mantenere nella vita.

(mp. s)