

Premio Oreal-Unesco a 5 giovani ricercatrici
L'oncologo Veronesi: "Più brave dei maschi"

Donne

Dal cibo alle parole se lo scienziato è lei

LAURA ASNAGHI

MILANO

Dura la vita delle donne scienziate in Italia. Sono brave e determinate, capaci di gestire brillantemente "figli, famiglia e laboratorio", ma poi quando si tratta di conquistare le poltrone che contano sul fronte della ricerca scientifica, solo poche arrivano all'obiettivo. E così nel mondo della scienza primeggiano i maschi. A confermare che, in Italia, i cervelli rosa dedicati alla ricerca sono svantaggiati è uno studio della Commissione europea che ogni tre anni offre una fotografia aggiornata della situazione. Nel mondo della ricerca, le donne rappresentano il 34 per cento, un punto in più rispetto alla media europea. Ma poi questa potente task force della scienza, tutta al femminile, perde la sua capacità di conquistare i posti chiave. E infatti, la presenza delle donne scienziate ai vertici delle grandi istituzioni, si riduce al 17 per cento. Un taglio netto del 50 per cento, che, nella classifica europea, fa scivolare l'Italia al terzultimo posto.

«Ma le donne sono una forza, hanno capacità superiori all'uomo e un grande senso di fedeltà alle istituzioni» ha detto il professor Umberto Veronesi, l'oncologo di fama internazionale, da sempre impegnato a valorizzare le donne in campo medico. Ed è proprio lui che ha guidato la giuria del premio "Oreal-Unesco for women in science" che da 15 anni promuove le donne che fanno ricerca. Per l'edizione di que-

st'anno cinque giovanissime scienziate italiane si sono aggiudicate borse di studio da 15mila euro. Elena Bitocchi, 35 anni, laurea in Scienze agrarie all'Università Politecnica delle Marche, si è imposta con una ricerca sul "fagiolo che diventa smart" e migliora la genetica delle piante. Valentina Pirro, 27 anni, laurea in Chimica clinica e forense all'Università di Torino, ha vinto grazie a uno studio sulle nuove potenzialità della "spettrometria di massa", utili nella lotta al cancro ma anche quando si indaga sulla scena di un crimine. Valentina Martena, 28 anni, laureata in Chimica e tecnologia farmaceutiche a Camerino si è imposta per il suo studio innovativo sulle "nanoparticelle per la cura dei tumori del sistema nervoso centrale". Serena Rubina Baglio, 31 anni, esperta in Biotecnologie farmaceutiche, ha conquistato la borsa di studio con un progetto per la lotta all'osteosarcoma, un tumore delle ossa molto aggressivo. E Chiara Cantiani, 31 anni, laureata in Psicologia clinica alla Bicocca di Milano, è stata premiata per il suo impegno sui problemi del linguaggio, a partire dai neonati.

In 15 anni, il premio dell'Oreal-Unesco ha sostenuto 1729 scienziate, di cui 77 laureate, due delle quali hanno ricevuto il premio Nobel. «Nella scienza c'è un gap di genere — ha detto Giordina Gallo, presidente dell'Oreal — hanno stipendi più bassi dei loro colleghi e sono più ostacolate nella loro carriera. Non a caso molte, alla fine, rinunciano al lavoro». Ecco perché l'Oreal si schiera dalla loro parte. «Bisogna valorizzare il patrimonio femminile, le ricercatrici devono mor-

dere la vita e resistere», questo il messaggio che è stato lanciato, in video, da Emma Bonino, il ministro degli Esteri. Con lei sono intervenuti anche Gianluca Vago, rettore della Statale di Milano e Giovanni Puglisi, presidente della Commissione nazionale per l'Unesco.

**Nel mondo della
ricerca italiana
le scienziate sono
al 34%, ma poi nella
carriera si bloccano**

Le protagoniste



PER SAPERNE DI PIÙ

www.unesco.it
www.fondazioneveronesi.it



LA MALATTIA DELLE OSSA

Serena Baglio, 31 anni, laurea in Biotecnologie farmaceutiche, ha studiato l'osteosarcoma



IL FAGIOLIO SMART

Elena Bitocchi, 35 anni, laurea in Scienze Agrarie, vinto con un progetto sul

fagiolo che diventa smart



IL LINGUAGGIO

Chiara Cantiani, 31 anni, laurea in Psicologia clinica, studia la prevenzione dei problemi del linguaggio



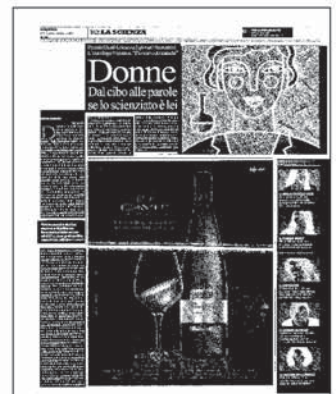
IL SISTEMA NERVOSO

Valentina Martena, 28 anni, laureata in Chimica Farmaceutica. Studia i tumori del sistema nervoso



LE INDAGINI ANTI-CRIMINE

Valentina Pirro, 27 anni: spettrometria anti-cancro e per le indagini criminali



L'ospedale/2

Ricerche al congresso degli infermieri Animo: standard e modelli organizzativi

Soglia di "dose assistenziale" mai meno di 3 ore a paziente

«Dose assistenziale minima»: misurare per infermiere e personale di supporto i minuti totali di assistenza al letto del degente e il numero di pazienti per ognuno fino alla "soglia di sicurezza". In contemporanea al congresso dei medici internisti Fadoi si è svolto sempre a Taormina il congresso di Animo, infermieri negli stessi reparti, con contributi e studi su standard quantitativi e qualitativi, esiti e soddisfazione dei pazienti. Ricerche con visione anglosassone con al centro il malato, attenzione al team e alla continuità delle cure con l'infermiere del territorio (dove esiste). Uno studio multicentrico tra realtà del Nord segnala che per garantire ai pazienti un'assistenza sicura, che eviti esiti negativi o cure perse, sono necessari una media tra i 200 e i 220 minuti al letto di ciascun paziente (almeno il 60-70% garantito da infermieri) e un rapporto di un infermiere ogni 10 pazienti. Una ricerca in 10 reparti di medicina di grandi ospedali del Nord ha osservato 1462 pazienti (anche un

La continuità delle cure alla dimissione e buone pratiche già avviate

mese dopo la dimissione) evidenziando una notevole variabilità del rapporto infermiere/pazienti (da 1 a 5 fino a 1 a 30, ma di notte).

Laddove il rapporto è più favorevole, migliorano gli indicatori (meno cadute e lesioni da decubito, migliore preparazione alla dimissione). Le analisi di Luisa Saiani, università di Verona e Annamaria Guarnier, infermiere dirigente Asl di Trento, hanno rilanciato il tema della riorganizzazione e ottimizzazioni delle risorse. «L'obiettivo è moltiplicare le buone pratiche: già esistono, da Udine a Matera», segnalala neopresidente di Animo, Claudia Gatta, «il modello da perseguire è legato alla continuità di assistenza ospedale-territorio, la promozione dell'aver cura e dell'autocura del paziente, insegnando corrette pratiche nel ritorno a casa. Nella mia Asl di Biella si è rivoluzionata l'intera struttura, sono stati dati più infermieri al territorio. Il malato non è abbandonato, si lavora in team e sulla relazione terapeutica. Avviene anche allo Ieo, sull'esempio del primary nursing, teorizzato da Marie Manthey negli Usa».

(m. pag.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dieci milioni di italiani hanno il Fascicolo Sanitario Elettronico, l'archivio gestito dal proprio medico, con cui si assolvono anche le attività burocratiche senza muoversi. Vivono in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna, unica Regione con lo standard europeo. Ancora in ritardo le altre

Sanità digitale

Un facebook della nostra salute ma è caos tra i server regionali

P

ARNALDO D'AMICO

er dieci milioni di italiani è già realtà: dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta possono andarci a mani vuote, senza buste del supermercato con le scatole dei farmaci (specie gli anziani, confondono i nomi o non li ricordano), i risultati di analisi ed esami vari, i referti dello specialista, la fotocopia della cartella clinica o ingombranti radiografie. Fine del terrore di essersi scordati un documento perché sta tutto nel computer del medico, non si deve tornare a casa a recuperarlo, riprendere l'appuntamento e rifare la fila. E sempre a mani vuote possono uscire: dal computer del medico la ricetta va in farmacia, le richieste degli esami nei laboratori che rimandano data e ora dell'appuntamento, il ticket pagato. Fine dei relativi spostamenti e ulteriori attese e file. O del pellegrinaggio per ospedali in caso serva un ricovero. Infine, se il malaugurato destino porta uno di questi 10 milioni di cittadini al pronto soccorso per un malore o un incidente, con la tessera sanitaria o il codice fiscale il medico di turno trova subito tutte le informazioni mediche, allergie ai farmaci comprese, del paziente. Anche se

questo arriva incosciente e senza familiari (che inevitabilmente sono imprecisi) a cui chiedere, come spesso capita.

Il "miracolo" si chiama FSE (fascicolo sanitario elettronico), l'archivio dei dati anagrafici, medici e clinici che accompagnano la vita del cittadino, inseriti dal medico di famiglia e inviati dagli altri operatori sanitari a cui si è rivolto. L'archivio sta nei server della sua Asl o Regione e vi si accede con la tessera sanitaria personale. Il cittadino, ritirate le password alla Asl, dal medico di famiglia inserisce nel lettore di smart card connesso al computer dello studio la tessera sanitaria e sullo schermo compare il suo FSE. Idem, con un codice di accesso, da computer o smartphone collegato a Internet. Una ri-

voluzione i cui effetti sono approfonditi nelle brevi notizie qui a sinistra.

Come una pagina Facebook, il FSE è lo snodo di collegamento ed interazione con tutti gli enti ed operatori sanitari di cui si serve il cittadino che inviano online le ri-

sposte. Via FSE, inoltre, si mandano i certificati all'Inps e all'Inail. Tutto però condizionato dall'assenso del cittadino all'istituzione del suo fascicolo, poi all'accesso da parte dei medici, che può essere parziale, potendo secretare a suo piacimento le informazioni contenute. Infine, è previsto un "taccuino" in cui l'utente scrive ciò che ritiene utile e i medici sappiano di lui.

I 10 milioni di italiani sono la somma di oltre 6 milioni su 9 milioni di cittadini della Lombardia, 3,7 su 4,5 dell'Emilia Romagna, le due Regioni che hanno avviato prima la realizzazione dello FSE. In fase avanzata i progetti di Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche e Puglia dove spesso si sta procedendo a "macchia di leopardo", completando parti del FSE (ricetta elettronica, consegna online dei referti, cartella clinica elettronica, ecc). Partita con tutti i crismi la Sardegna che, completate le infrastrutture informatiche (ogni Asl ha il server per FSE, il 90% dei cittadini la tessera sanitaria, il 60% dei medici di famiglia attrezzati e che stanno compilando i file dei pazienti), tra un mese avvia la campagna di comunicazione istituzionale, con spot del presidente della Regione Ugo Cappellacci che spiega ai cittadini il FSE.

«Il sistema della Sardegna si distingue per la piena rispondenza a tutte le indicazioni del ministero della Salute, dell'Agenda per l'Italia Digitale, del DigitPA e del Garante della Privacy - spiega Federica Loi, direttore del Servizio Sistema informativo, Osservatorio epidemiologico umano, controllo di qualità e gestione del rischio Regione Sardegna - I nostri medici si connettono al FSE con gli standard internazionali e le ultime tecnologie di sicurezza, firmando digitalmente i documenti sanitari, che garantisce la provenienza, l'integrità o l'immodificabilità del documento».

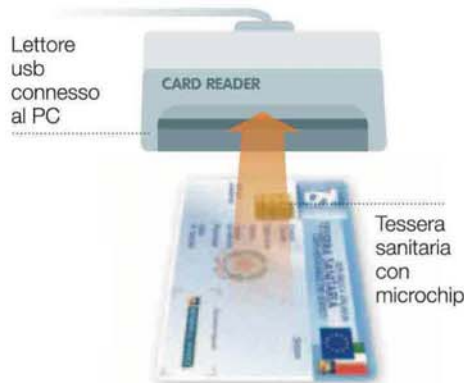
Il FSE è infatti un progetto europeo varato quasi 20 anni fa per rendere più efficiente la sanità ed abbattere i costi. Per questo le Regioni italiane, sempre più carenti di risorse, ci si stanno impegnando. Ma, come al solito, sviluppando sistemi diversi e non comunicanti, cosa che farà lievitare i costi ed i tempi per l'integrazione nazionale ed europea. «Ma già così i vantaggi sono enormi, anche per i medici - spiega Nicolfranco Boccone, medico di medicina generale di Cagliari, tra i primi sperimentatori del fascicolo in Sardegna - Niente più risposte, referti e altro da copiare e miglior controllo clinico del paziente. Ma i benefici maggiori per tutti arriveranno con gli anni. Penso, tra l'altro, all'epidemiologia. Certamente si dovrà dedicare più tempo per l'inserimento dei dati negli FSE, con maggiore attenzione alla privacy. Però quando tutti avranno il proprio FSE sapremo in tempo reale come stanno gli italiani, le malattie in aumento e dove, le nuove patologie, dove e quanto aumentare o diminuire risorse, uomini e mezzi e quanto altro ora richiede anni, un notevole dispendio di risorse e con risultati non sempre chiari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Niente più buste con farmaci, ricette analisi e lastre E spostamenti e file per le risposte

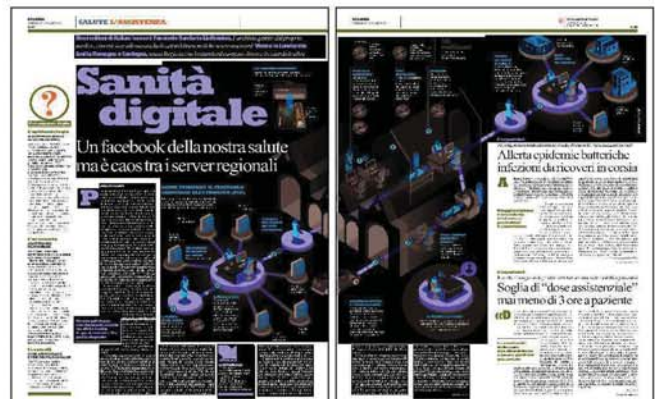
LA TESSERA SANITARIA

Inserita nel lettore permette l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente



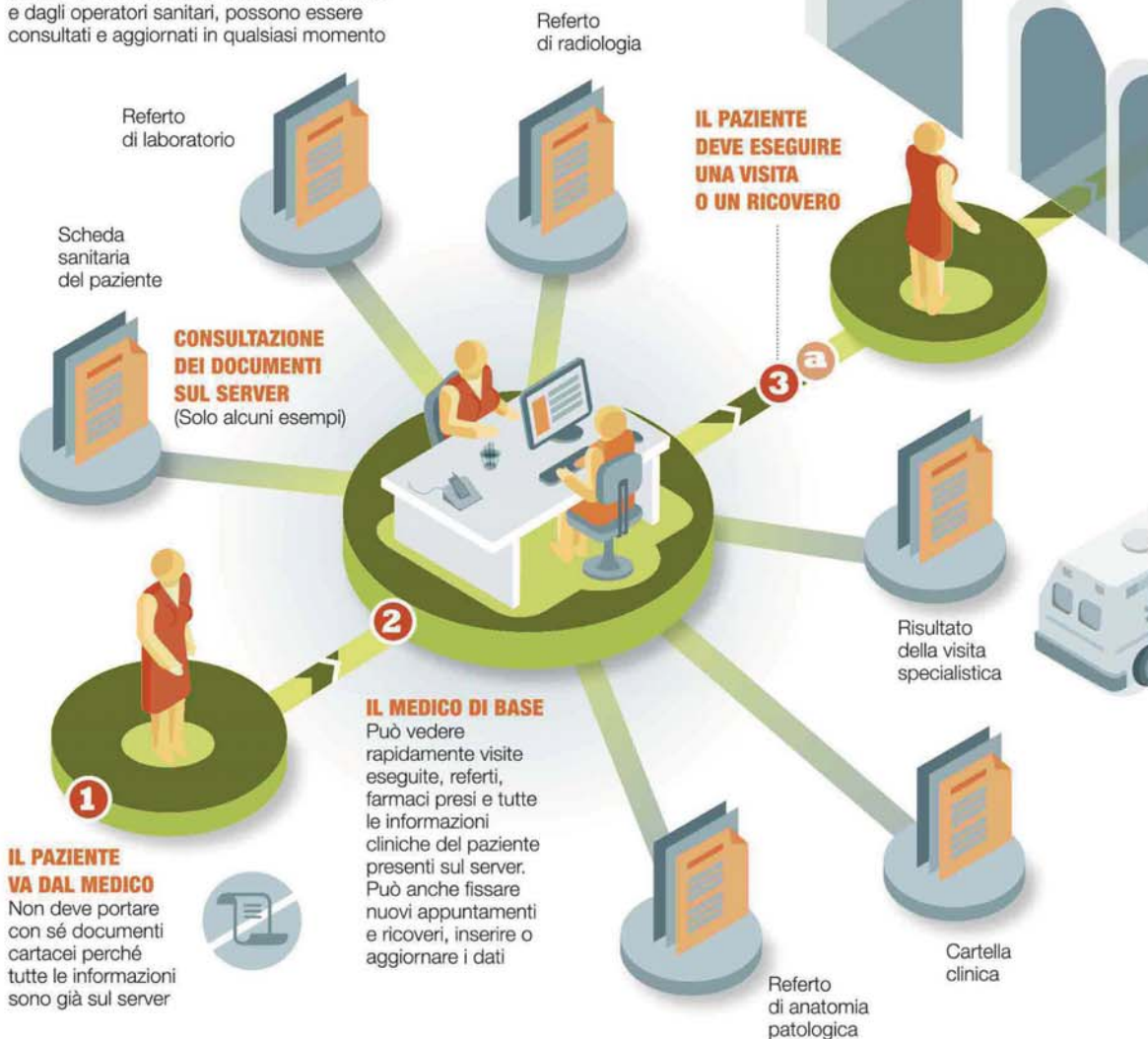
LA RETROMARCIA

L'Italia spende per digitalizzare la Sanità 21 euro pro capite l'anno la metà di Francia e Gran Bretagna. L'importo è diminuito pure del 5 per cento tra il 2011 e il 2012 (Fonte, PolitecnicoMilano)



COME FUNZIONA IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

I dati anagrafici, medici e clinici del paziente, inseriti nel server dell'Asl dal medico di base e dagli operatori sanitari, possono essere consultati e aggiornati in qualsiasi momento



LEGENDA



Non serve portare né ricevere certificati o altri documenti cartacei



Il pagamento del ticket si effettua al momento della prenotazione dal medico di base, oppure online

10 milioni

di fascicoli sanitari funzionanti nel territorio italiano

PAZIENTE IN AMBULATORIO

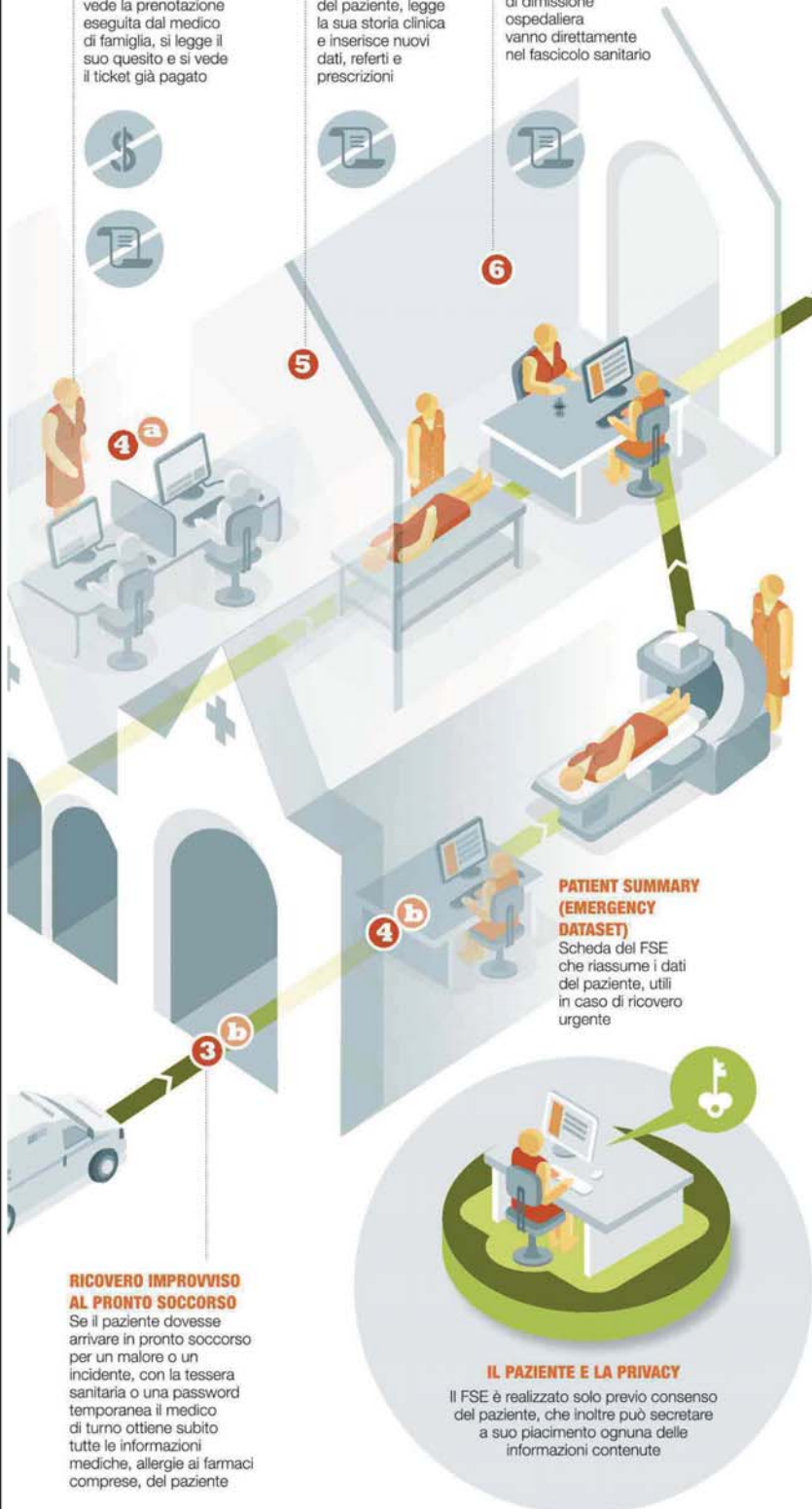
Con la sola presentazione della tessera sanitaria si vede la prenotazione eseguita dal medico di famiglia, si legge il suo quesito e si vede il ticket già pagato

VISITA SPECIALISTICA

Il medico specialista visualizza il fascicolo sanitario del paziente, legge la sua storia clinica e inserisce nuovi dati, referti e prescrizioni

DIMISSIONE

Se il paziente viene ricoverato, la cartella clinica e la scheda di dimissione ospedaliera vanno direttamente nel fascicolo sanitario



RICOVERO IMPROVISO AL PRONTO SOCCORSO

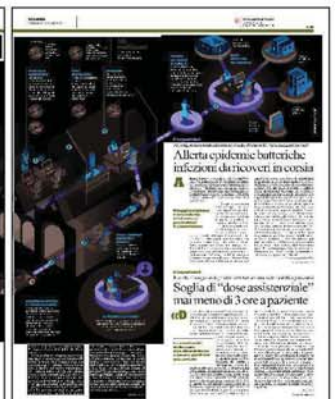
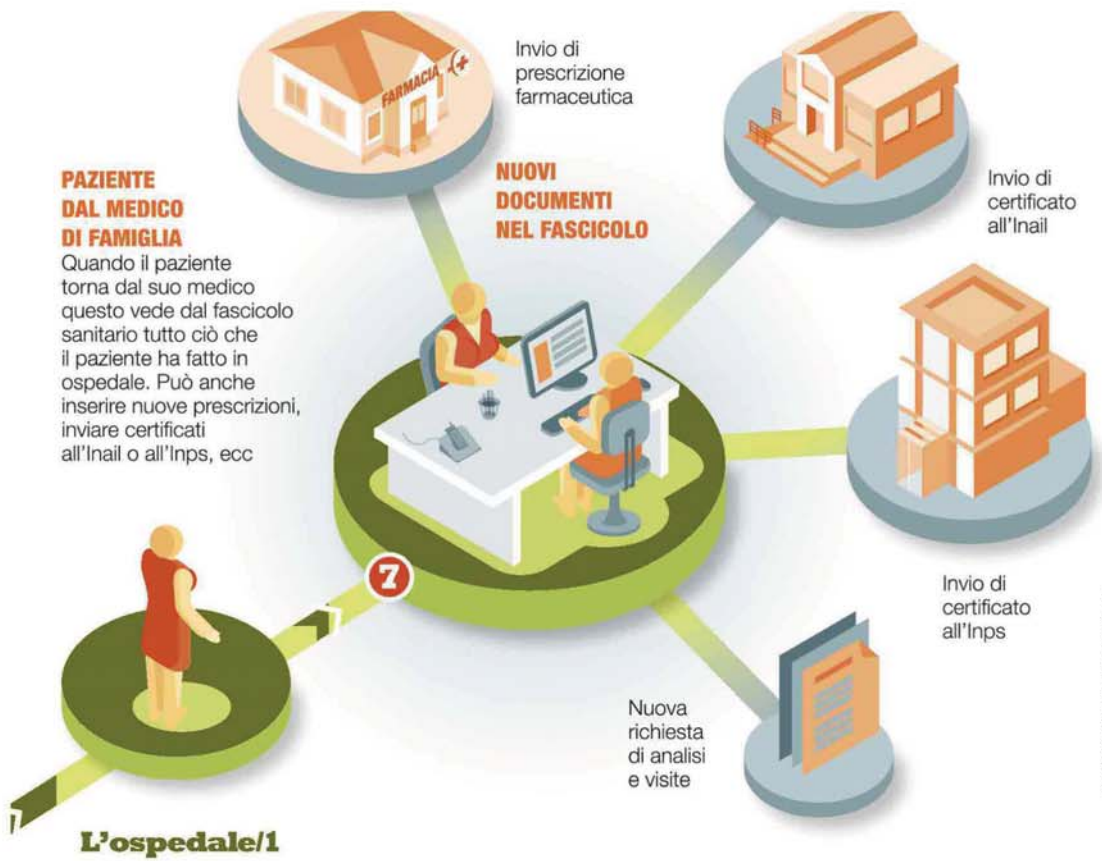
Se il paziente dovesse arrivare in pronto soccorso per un malore o un incidente, con la tessera sanitaria o una password temporanea il medico di turno ottiene subito tutte le informazioni mediche, allergie ai farmaci, compresse, del paziente

IL PAZIENTE E LA PRIVACY

Il FSE è realizzato solo previo consenso del paziente, che inoltre può secretare a suo piacimento ognuna delle informazioni contenute

PATIENT SUMMARY (EMERGENCY DATASET)

Scheda del FSE che riassume i dati del paziente, utili in caso di ricovero urgente



LA RICERCA / SI STUDIANO FARMACI PIÙ POTENTI CONTRO IL RISCHIO-RECIDIVA

Linfoma non-Hodgkin sempre nel mirino

A volte tornano. Recidive nel 20% di malati di linfoma non-Hodgkin giunti a remissione. Per loro, alte dosi di chemioterapia e trapianto di cellule staminali. Ma ri-recidiva nel 10% e alta mortalità. Triplicati i costi (medici 124 euro/caso, extramedici 106, perdita produttività 47). Galeotte - dice Lorenzo Moretta

(istituto Gaslini) - le cellule staminali tumorali nascoste tra le altre. In studio farmaci che le riconoscano ed uccidano nel midollo osseo, cellule immunitarie attivate, anticorpi monoclonali colleganti cellule tumorali e linfociti T che le distruggono. Un "bacio letale" che sconfigge il tumore.



Le patologie vanno anticipate sostituendo le parti del corpo che, in base al Dna, potrebbero ammalarsi? Il caso Jolie fa scuola. E la scienza si interroga

Il bisturi del destino

GIORGIO COSMACINI

C'è un algoritmo che riassume il nostro destino? In quali casi la tecnica ci deve far intervenire preventivamente? Quali modifiche sul nostro corpo possiamo fare per evitare malattie? Qual è il confine tra prevenzione e ossessione della perfezione? Sembrano domande di oggi, rilanciate dal caso di Angelina Jolie, dall'ossessione per i test genetici, ma non è così. Perché quello del rapporto tra l'io e il suo corpo è un problema filosofico (teoretico ed etico) che risale al mondo antico, quando ogni evento biologico di una parte corporea (di una sede anatomica) era visto anche — o soprattutto — come un evento biografico, di tutto l'individuo che ne era affetto. Il rapporto tra "il ferito" e "la ferita", cioè tra la sofferenza dell'individuo e l'affezione di una parte, era già citato da Omero. Perché la ferita non riguardava solo il corpo, ma anche la persona e la percezione individuale della ferita stessa.

SEGUE NELLE PAGINE SUCCESSIVE

R2
Operarsi anche da sani
il bisturi al tempo del Dna

GIORGIO COSMACINI
ELENA DUSI

C'È UN algoritmo che riassume il nostro destino? Quali modifiche fisiche possiamo tollerare per evitare malattie? Qual è il confine tra prevenzione e ossessione della perfezione? Sembrano domande di oggi, rilanciate dal caso di Angelina Jolie, ma non è così. Il rapporto tra l'io e il suo corpo è un problema filosofico antico.

ALLE PAGINE 29, 30 E 31

L'analisi

Così il dialogo con il paziente può frenare il ricorso al bisturi quando non è essenziale

Nessun algoritmo, da solo, vale più di un buon medico

GIORGIO COSMACINI

(segue dalla copertina)

Questo serve a capire come adesso siano cambiate le tecniche ma non i dilemmi morali. Oggi il problema del legame tra corpo e persona, e l'idea di poter evitare preventivamente la sofferenza e la malattia, è amplificato ed estremizzato dall'evoluzione della scienza. Dunque si pone soprattutto in rapporto all'intervento medico (per altro già ampiamente anticipato dalla chirurgia estetica). L'intervento come ricerca e come pratica per modificare ad arte la natura fino a poter ricreare una seconda natura. È stato detto, trent'anni fa, che «adesso che stiamo arrivando alla possibilità di modificare i nostri geni, invecchiare è diventato anacronistico». E proprio il genoma, ad esempio, è di grande rilevanza sotto l'aspetto predittivo. Ma i recenti casi di soggetti ad alto rischio genetico per tumore, che hanno scelto la rimozione chirurgica preven-

tiva, non fanno che riproporre l'antico problema in termini clinici d'attualità: fino a che punto si può distinguere tra corpo e persona? cioè: fino a che punto si può intervenire fidandosi e confidando su una base statistica sui nostri organi?

Per questo diventa decisivo il ruolo del medico. Solo il dialogo con il paziente, con i pazienti, può fissare limiti e regole all'estremismo chirurgico. Ad esempio autorevoli studi certificano che a 30 anni un individuo su tre è portatore di un microfocolaio di carcinoma prostatico silente e che a 80 an-

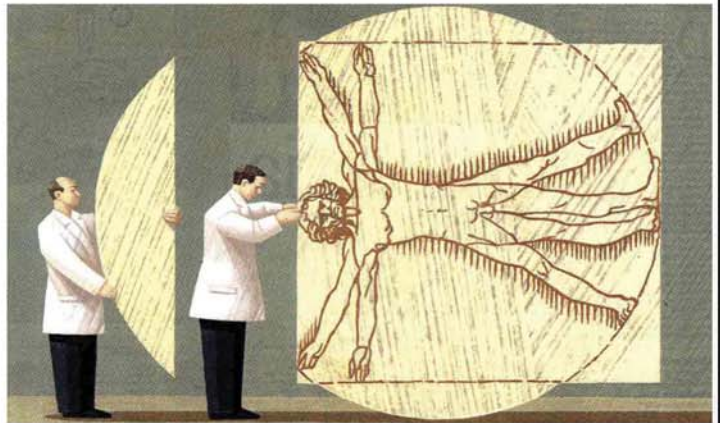
ni il novanta per cento dei soggetti è affetto dalla medesima patologia, la cui elevata incidenza odierna è anche legata all'invecchiamento della popola-

zione. L'orientamento oggi prevalente in campo medico è quello di riservare l'attenzione ai casi che vengono giudicati, in base ad appropriate e approfondite indagini, d'interesse clinico o preclinico, evitando di cedere a ogni eccesso di estensione e a ogni tentazione interventistica su vasta scala: il che, oltretutto, comporterebbe una ingiustificata dilatazione della spesa sanitaria.

Il criterio discriminante è dunque, ora e sempre, quello clinico, che è, al tempo stesso, tecnico e umano. L'autonomia decisionale del paziente, giustamente rivendicata, ha un punto di riferimento e una base di supporto irrinunciabile nel corretto rapporto con il medico competente e disponibile, tanto affidabile quanto affidabile, capace di consigliare, comprendere e convincere. In ciò consiste il buon metodo, quello che permette al medico di risolvere, con il concorso del paziente debitamente informato e responsabilizzato, ogni caso clinico complesso, tanto più se questo concerne la dimensione corporea del malato che è tanta parte della totalità della sua stessa persona.

(L'autore è docente di Storia della medicina, il suo ultimo libro s'intitola "La scomparsa del dottore", edito da Raffaello Cortina)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RNEWS

Alle 13,50 su RNews
il video-reportage di Elena Dusi
sulla chirurgia preventiva.
Con il commento
di Giorgio Cosmacini



Humanitas

Scoperta la proteina chiave della disabilità intellettiva

Un gruppo di ricercatori italiani ha scoperto i meccanismi fondamentali della proteina Eps8, che gioca un ruolo fondamentale nei processi di memoria e apprendimento. E, in caso di disfunzioni, può dar luogo a disabilità intellettiva. Lo studio, realizzato dall'Università degli Studi di Milano, dall'Istituto di Neuroscienze del Cnr e Humanitas è stato pubblicato su «Embo Journal». Secondo Michela Matteoli, che ha coordinato la ricerca con Elisabetta Menna, «aprirà la strada a nuovi percorsi di cura per affrontare i gravi problemi legati ad autismo e ritardo mentale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alla Camera Via libera con ritocchi al decreto staminali

Manuela Perrone

ROMA

SPS Via libera quasi unanime della Camera al **decreto Balduzzi sulle cellule staminali**, che autorizza la sperimentazione per 18 mesi del metodo Stamina nei laboratori farmaceutici (e non in quelli dei centri trapianto, come aveva stabilito il Senato in prima lettura): il testo - che contiene anche la proroga degli ospedali psichiatrici giudiziari fino al 31 marzo 2014 - ha incassato ieri 504 voti favorevoli, uno contrario e quattro astensioni. E già oggi torna a Palazzo Madama per la conversione definitiva in legge ("scade" il 25 maggio).

È passata, quindi, la soluzione adottata la scorsa settimana dalla commissione Affari sociali per risolvere quello che da molti viene definito il nuovo "caso Di Bella": oltre a garantire la possibilità che i bambini come Sofia che hanno già iniziato le terapie con il metodo Stamina possano proseguire le cure, l'articolo prevede che dal 1° luglio partirà la sperimentazione, che durerà 18 mesi e dovrà essere condotta dal ministero della Salute avvalendosi dell'Agenzia del farmaco e dell'Istituto superiore di sanità, con la collaborazione del Centro nazionale trapianti. Per lo studio sarà possibile utilizzare fino a tre milioni di euro, vincolati nel Fondo sanitario nazionale. E nascerà un Osservatorio sulle terapie avanzate con cellule staminali mesenchimali con compiti consultivi e di monitoraggio.

Soddisfatti i deputati: da Raffaele Calabrò (Pdl) a Silvia Giordano (M5S), fino a Donata Lenzi e Margherita Miotto (Pd), tutti concordi nel ritenere di aver trovato «un punto di equilibrio» capace di verificare l'efficacia del metodo. Non la pensa così Davide Vannoni,

il presidente di Stamina Foundation, che contesta l'obbligo di dover preparare le staminali nei laboratori farmaceutici. «Se le condizioni sono queste - aveva detto dopo l'approvazione dell'emendamento in commissione - non consegneremo la metodica "in chiaro" al ministero». La parola finale ora spetta al Senato. Ma, anche se l'iter parlamentare dovesse andare liscio, il destino della sperimentazione è tutto fuorché certo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Inps taglia le visite Medici senza sorprese

Sospesi i controlli anti-assenteismo A rischio centinaia di camici bianchi

Giulia Bianconi

■ Dal primo maggio l'Inps ha sospeso le visite mediche fiscali per malattia ai dipendenti privati richieste direttamente dall'ente previdenziale. Circa 1.300 medici fiscali d'Italia, oltre 300 della Capitale, hanno paura di perdere il lavoro. Per questo ieri mattina in centinaia hanno protestato di fronte alla sede dell'Inps di via Ciro Il Grande all'Eur per chiedere una revoca del provvedimento nato per far risparmiare all'ente circa 50 milioni di euro.

Per i medici fiscali c'è anche il rischio che possa aumentare l'assenteismo nel privato visto che fino alla fine di aprile l'Inps si è occupato di oltre il 75% delle visite. Non sono sospese, invece, le visite surrichiesta del datore di lavoro ai dipendenti privati, così come per quelli pubblici.

Le visite di controllo sullo stato di malattia per il pubblico impiego sono sempre state richieste esclusivamente dalla Pubblica amministrazione. Durante il sit-in di protesta organizzato da Fimmg, Nidil Cgil, Uil Fpl e Sin.Me.Vi.Co., si è tenuto un incontro tra i vertici dell'Inps e i rappresentanti delle sigle sindacali.

«È stato un incontro interlocutorio - spiega il coordinatore nazionale del settore Inps della Fimmg (Federazione italiana medici di famiglia), Alfredo Petrone - Da parte dell'Istituto c'è l'intenzione di revocare il provvedimento rimodulando in termini quantitativi il servizio delle visite fiscali d'ufficio.

Anche se non ne conosciamo ancora i termini, è evidente l'intenzione di ridurre in modo significativo il numero delle visite d'ufficio rispetto al passato. La prossima settimana saremo ricevuti nuovamente, per ottenere nuove informazioni e discutere nel dettaglio il nuovo provvedimento».

Ma dall'Inps non si sbilanciano. «Al momento non abbiamo una posizione ufficiale - dichiarano dall'istituto di previdenza - Le visite sono state ridotte per una questione di risorse. Verranno riprese quando ci saranno nuovamente le risorse, ma se ne faranno di meno e più mirate».

I medici fiscali presenti ieri alla manifestazione hanno lamentato scarse condizioni di lavoro. «Siamo lavoratori in nero per conto dell'Inps - denuncia Alberto Manna, 58enne da 25 anni medico fiscale a Sulmona, in provincia de L'Aquila - Siamo medici tra i 50 e i 60 anni che devono mandare avanti la famiglia. Non abbiamo tutele: né ferie, né contributi, ma dobbiamo essere reperibili tutto il giorno e tutta la settimana. Abbiamo un contratto, se così si può definire, di lavoro esclusivo».

«Dall'inizio del mese ho fatto otto visite - racconta Raffaele Nigro di Melfi, in provincia di Potenza - Riuscirò a farne forse quindici e contando che ogni visita viene pagata circa 40 euro lordi, il mio stipendio di maggio sarà di 600 euro. E ho anche una figlia da mantenere all'università».

Nunzia Sapienza e Rosaria Cartella sono medici dell'Inps

di Palermo, rispettivamente da 27 e 7 anni, e dal primo maggio sono riuscite a fare appena una visita al giorno. Prima erano sei. A Reggio Calabria la situazione peggiora. Una dottoressa spera di farne almeno dieci per la fine del mese. Quante ne ha fatte, invece, fino ad ora Vilma Tarasco, medico di Asti dal 1996. Maria Grazia Nicchia lavora nella sede dell'Inps del Prenestino-Casilino a Roma.

«Prima facevo circa ottanta visite mensili, si poteva arrivare anche a cento - spiega - Nei primi venti giorni di maggio ne ho fatte appena dieci».

«Ci saranno molti più assenteisti dal posto di lavoro senza queste visite di controllo - aggiunge una collega di Maria Grazia - Prima eravamo chiamati per valutare disturbi ansioso-depressivi, infortuni, diagnosi lunghe, ma anche semplice febbre».

«A Roma ci sono circa 300 medici fiscali - spiega Ignazio Casciana, presidente del Sin.Me.Vi.Co. (Sindacato Medici Visite di Controllo) - Ogni dottore nell'arco di un anno effettuava un migliaio di visite. Numeri che si abbasseranno esponenzialmente».

«Le visite fiscali - spiega Maurizio Zanoni, rappresentante dei medici fiscali della sede Inps di Brescia - servono come deterrente per l'assenteismo. Un medico fiscale può sanzionare per assenze non giustificate e ridurre i giorni di prognosi del medico curante».

Per i medici una crescita anche di soli 2 decimali di punto di percentuale dell'assenteismo comporterà un aumento della spesa di gran lunga superiore rispetto a quanto l'Inps ha speso nel 2012 per le visite mediche di controllo domiciliari d'ufficio.

INFO



Alfredo Petrone

Il coordinatore nazionale del settore Inps della Fimmg (Federazione italiana medici di famiglia)

1.300

Medici

Quelli adibiti alle visite fiscali che ora chiedono garanzie

40

Euro

Il prezzo riconosciuto per ogni visita al medico che la effettua

La protesta

Duecento dottori

hanno manifestato

davanti alla sede romana



Sit in La manifestazione di ieri davanti la sede dell'ente all'Eur

