



Salute: Lorenzin, non un costo ma opportunita' investimento

(ANSA) - ROMA, 19 NOV - "L' investimento in salute e' il presupposto per la crescita e lo sviluppo di un Paese". Per questo e' necessario "abbandonare l' idea di salute come voce di costo e concentrarsi invece sul concetto di salute come valore e occasione di investimento per il nostro Paese". E' l' invito del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, contenuto in un messaggio inviato in occasione del convegno "Innovazione e sostenibilita': un binomio su cui costruire il futuro del Ssn" in corso a Roma.

"Bisogna rigenerare e rivitalizzare in modo strategico - prosegue il ministro - il settore della sanita', anche come volano di sviluppo del sistema imprenditoriale italiano impegnato nell' innovazione tecnologica e nel campo della ricerca". Lorenzin prosegue poi focalizzando l' attenzione sulle tappe di questo percorso. E' "necessario intervenire tagliando i ricoveri inappropriati" e "sull' integrazione ospedale-territorio, sull' assistenza domiciliare e sul welfare di comunita'" perche' "sara' proprio il completamento di questo trasferimento di risorse dall' ospedale al territorio, a consentire di affrontare efficacemente anche i temi dell' invecchiamento e delle cronicita' e, quindi, a garantire la sostenibilita' futura del nostro sistema sanitario. Quindi nel suo messaggio agli organizzatori del convegno il ministro invita a puntare su "l' alta specializzazione e la promozione dell' eccellenza che - spiega - costituiranno ulteriori opportunita' di investimento per il nostro Paese, anche alla luce della direttiva 211/24/UE" che sara' operativa da ottobre 2014. Per "promuovere le nostre strutture di eccellenza e quindi incrementare la nostra capacita' di attrazione dei cittadini dei Paesi dell' UE" e' fondamentale per il ministro "impegnarci per consentire il rientro di molti giovani ricercatori costretti, proprio in nome della ricerca, ad emigrare altrove a vantaggio di altri Paesi" perche', conclude, "la ricerca e' indipendenza, e' competizione in Europa e nel contesto internazionale". (ANSA).

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 19 NOVEMBRE 2013

Spending review. Lorenzin "stoppa" Cottarelli: "Ai risparmi in sanità (30 mld in 5 anni) ci pensiamo noi nel Patto per la Salute"

Il Commissario alla [revisione della spesa](#) potrà intervenire solo se le Regioni falliranno. E comunque questi nuovi risparmi saranno reinvestiti nel comparto. Per il ministro "non c'è bisogno di interventi dall'alto". Anche perché la sanità ha già dato con "22 mld di riduzione di risorse. Ora serve fase di programmazione e riorganizzazione".

"In 5 anni possiamo recuperare 30 miliardi". E la rotta non è quella ancora a tinte fosche appena tratteggiata dal commissario alla spending **Carlo Cottarelli**, ma quella che si sta disegnando con il Patto per la Salute. Ne è convinta il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che intervenendo ieri sera a [Zapping 2.0 su Radio 1](#) ha specificato come il comparto sanità "non solo non ha bisogno di tagli lineari anzi, se le Regioni applicheranno il piano quinquennale che stiamo definendo insieme riusciremo a recuperare risorse migliorando anche la qualità delle cure e l'appropriatezza".

Il Ministro ha ricordato come la sanità abbia negli ultimi anni subito una riduzione di risorse a seguito delle manovre **Berlusconi** e **Monti** pari a 22 miliardi e in molte Regioni commissariate si rischia nell'applicazione dei Lea. "La sanità ha già dato, ora c'è bisogno di una fase di programmazione. Ci vorranno manager bravi (e quelli che sbagliano devono andare a casa) per una buona governance dei territori anche e soprattutto per realizzare il processo di deospedalizzazione e di rafforzamento del territorio". Solo se le Regioni dovessero fallire Cottarelli "farà bene ad intervenire".

Altro tema toccato da Lorenzin è quello della medicina difensiva. "Ci costa 18 miliardi all'anno che sono dovuti ad un eccesso di prescrizione causato dalla paura del medico di sbagliare e di incorrere nel reato di colpa medica. Ciò contribuisce ad un aumento delle polizze assicurative. La questione è delicata e c'è un tavolo aperto anche con le aziende assicuratrici. Si tratta di trovare un compromesso tra le esigenze del cittadino di veder sanzionato e risarcito un eventuale danno e quelle dei professionisti che hanno bisogno di essere tutelati in modo da poter svolgere il loro delicatissimo lavoro in tranquillità".

Salute
Il ritorno
dell'influenza
«Ma niente
antibiotici»
Caperna a pag. 28

«Influenza: niente antibiotici»

L'allerta della Società italiana di medicina generale: se ne consumano troppi nonostante siano inefficaci contro i virus

«LA PREVENZIONE MIGLIORE È SOLTANTO LA VACCINAZIONE»

Claudio Cricelli
presidente Simg

Sono quasi 90mila gli italiani a letto con le sindromi influenzali

IL CASO

In tre settimane l'influenza ha già messo ko oltre 89mila italiani e altri 499mila sono stati colpiti dalle cosiddette sindromi respiratorie acute. Sono le rilevazioni del primo bollettino stagionale della Società italiana di medicina generale (Simg). «I virus influenzali, non ancora isolati, arriveranno quando il freddo diventerà più intenso e prolungato – spiega Claudio Cricelli presidente Simg a margine dell'annuale congresso in corso a Firenze – Attualmente, però, sono in aumento le forme para-influenzali, ovvero le sindromi respiratorie acute causate da adenovirus, rinovirus e coronavirus, anche complici gli "sbalzi" delle temperature».

In attesa del picco gli italiani devono ricordare come affrontare i sintomi e riconoscere i vari tipi di patologie da raffreddamento. Ricordare, in particolare, qual è l'uso corretto degli antibiotici. Perché da noi, la resistenza a questi medicinali (probabilmente per abuso) è tra i livelli più alti d'Europa.

Dall'Istituto superiore di sanità cinque regole pratiche: «Gli antibiotici combattono i batteri, non prenderli in caso di raffreddore o influenza; non curano i virus e non servono neppure per prevenirli; assumere questi far-

maci solo dietro prescrizione medica; assumere gli antibiotici seguendo esattamente la posologia indicata dal medico; se si assumono troppi antibiotici o si sostituiscono spontaneamente si rischia di farli divenire inefficaci».

LE REGOLE

Per fronteggiare la malattia che arriverà nei mesi invernali, dunque, è bene dare di nuovo uno sguardo all'armadietto. Buttare (nei posti giusti) i farmaci scaduti e assicurarsi di avere i prodotti base per tutta la famiglia: spray nasali contro il naso chiuso, antistaminici in caso di congiuntivite o starnuti, colluttori anticongestionanti, pastiglie da sciogliere in bocca a base di sostanze disinfettanti per il mal di gola. Per rendere più sopportabile la tosse bisogna valutare se è di tipo "secco" e quindi sono utili i sedativi oppure se è "grassa" e quindi ricorrere ai fluidificanti come i mucolitici. In caso di febbre e dolori, che spesso accompagnano l'influenza, si può ricorrere agli antipiretici come paracetamolo, acido acetilsalicilico, ibuprofene ma anche diclofenac, naprossene e ketoprofene. Da non dimenticare che nei casi di disturbi intestinali si possono assumere polveri assorbenti o inibitori della motilità intestinale come la loperamide e poi i fermenti lattici, che ripristinano la flora intestinale.

MEDICINALI

«In determinati casi e solo con la prescrizione medica sono a disposizione anche i farmaci antivirali. Abbreviano di qualche giorno l'influenza - sottolinea Cricelli - ma non vanno presi gli antibiotici che agiscono contro i batteri. Nella diagnosi di influenza infatti non c'è mai l'indicazione per l'antibiotico». La resistenza, come denuncia l'Istituto superiore di sanità e la rivista scientifica "Lancet", fa aumentare il rischio, paradossale, di tornare indietro di quasi un secolo all'era della penicillina. Da qui l'interesse per un antibiotico di nuova generazione, 'ceftarolina fosamil', la prima cefalosporina efficace anche contro MRSA, lo Staphylococcus aureus resistente alla meticillina, che in Italia provoca ogni anno più di 52mila casi di infezioni complicate delicate. «La prevenzione è l'arma vincente, la soluzione migliore contro l'influenza è la vaccinazione», ricorda Cricelli.

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Veloci e precisi: i robot stanno sempre più affiancando i medici nelle operazioni gastrointestinali e urologiche. Accanto al modello "ragno" c'è il sofisticato meccanismo "Da Vinci" che per la prima volta è intervenuto in un esofago

Dottor Spider in sala operatoria

TECNOLOGIA

Un'incisione sotto l'ombelico del diametro di una moneta di due centesimi, due canali flessibili e metà di un colon colpito da neoplasia viene asportata. È bastato un forellino da 1,8 centimetri per l'intervento di emicolectomia che è stato fatto su una signora di 58 anni all'ospedale Maggiore di Bologna. Neppure le tre incisioni che, fino ad oggi, venivano richieste dalle tecniche operatorie mininvasive.

Piccoli movimenti, veloci inserimenti di cannule e la signora ha ripreso ad alimentarsi due giorni dopo l'intervento. A casa dopo quattro. «Anche dopo l'asportazione di metà colon - spiega Elio Jovine, il chirurgo che ha coordinato l'équipe - la paziente è potuta ritornare a una normale qualità della vita, senza bisogno di alcun supporto esterno». La signora, oltre ai chirurghi del Maggiore, deve dire grazie al robot Spider. Diverticoli dell'esofago cervicale a due pazienti sono stati asportati al nuovo ospedale Sant'Agostino Estense di Modena: per entrambi in sala operatoria è entrato il robot Da Vinci.

L'INNOVAZIONE

È stata la prima volta al mondo che, per eseguire un'operazione di questo tipo, è stato deciso di abbandonare il bisturi e scegliere la macchina. Gianluigi Melotti, direttore del dipartimento di Chirurgia generale: «Si è trattato dell'asportazione di un diverticolo dell'esofago, ossia di formazioni cave e sacchiformi della mucosa dell'esofago, presente in una posizione molto delicata poco distante dalla faringe e dalla tiroide». Ai malati è stata praticata una piccola incisione nella zona dell'ascella attraverso la quale, sfruttando le ridottissime dimensioni degli strumenti chirurgici e la loro manovrabilità è stato possibile raggiungere il diverticolo dell'esofago. «Dopo pochi giorni dall'operazione - fa sapere Melotti - i pazienti sono tornati a casa e stanno bene».

I NUMERI
Cresce, in Italia, il numero degli italiani che vengono operati con un robot: nel 2013 sono stati diecimila. Un'impennata negli ultimi due anni. Le prime macchine sono arrivate nel 2000 e, da allora, si contano cinquantamila interventi. Circa 400 i chirurghi "supercolaudati", assistiti da 3.500 anestesisti, strumentisti e infermieri. In testa all'elenco dei pazienti, gli uomini che devono essere operati alla prostata. Uno su cinque è effettuato da robot. «È un metodo che consente un recupero rapido - spiega Mauro Frongia, primario dipartimento Chirurgia generale dell'ospedale Brotzu di Cagliari - e risultati concreti sotto il profilo funzionale. I margini di ulteriore miglioramento per questo specifico intervento, peraltro, sono ancora molto ampi, se si considera che negli Stati Uniti, la patria delle tecnologie mini-invasive l'80% degli interventi alla prostata avviene con questa tecnica». Il robot, fino

ad oggi (e se usato correttamente) ha permesso la riduzione dei tempi di degenza e del dolore post-operatorio.

I VANTAGGI

«Rispetto ai tradizionali strumenti laparoscopici - aggiunge Jovine del Maggiore di Bologna - grazie ai due canali flessibili, Spider offre una maggiore maneggevolezza e precisione con un'unica incisione. Accorciando in questo modo i tempi di recupero del paziente, al quale viene garantito un migliore risultato estetico».

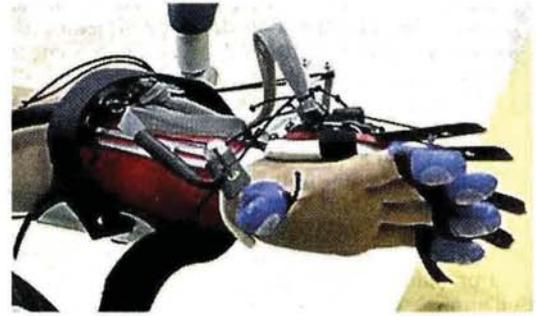
All'ospedale oncologico di Napoli, il Pascale, qualche giorno fa il robot ha lavorato su un uomo di 70 anni con un danno al fegato. A

casa dopo 4 giorni. Il primo al Sud. È stato asportato un nodulo epato-carcinoma di due centimetri e mezzo tra il secondo e il terzo segmento epatico. Al Campus Biomedico, a Roma, "Da Vinci" viene utilizzato per la cardiocirurgia, dalla sostituzione della valvola mitrale alla chiusura del setto interatriale (Francesco Musumeci), per la chirurgia generale, dall'ernia ja-

tale alla malattia da reflusso fino ad altri disturbi allo stomaco (Roberto Coppola), per la ginecologia, dall'isterectomia all'asportazione dei fibromi uterini (Roberto Angioli) e urologia, dall'asportazione di masse tumorali all'incontinenza femminile (Maurizio Buscarini).

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SCRIPT
Il guanto robotico è in uso da sei mesi con risultati positivi

Sperimentazione

Il guanto per riabilitare polso e mano

La riabilitazione del polso e della mano dopo un ictus? All'Istituto di ricerca e cura San Raffaele Pisana di Roma si fa a domicilio con un guanto robotico. Chiamato Script (Supervised care and rehabilitation involving personal Tele-Robotics) è sperimentato da sei mesi. «Le valutazioni positive sul recupero della funzione della mano da parte dei primi nove pazienti in Italia che hanno già terminato la sperimentazione ci danno un grande input per un training su larga scala del guanto robotico» spiega Patrizio Sale, responsabile clinico del progetto. I medici e i terapisti monitorano da una piattaforma web i trattamenti prescritti e hanno la possibilità di programmare nuovi e sempre più complessi esercizi.

Intervento eseguito dal robot "Da Vinci" al Campus Biomedico

**NEL 2013 IN ITALIA
UTILIZZATE
QUESTE TECNICHE
SU 10MILA PERSONE
SI RIDUCONO COSÌ
DEGENZE E DOLORI**



Il decalogo

Curare i denti dei pazienti con l'emofilia

► **Appuntamento per i pazienti emofilici del Lazio: domani, dalle 10 alle 13 nella Sala Tevere della Regione Lazio (via Cristoforo Colombo 212) un incontro per dibattere e illustrare le linee guida sulle cure dal dentista di chi soffre di difetti della coagulazione. La Fedemo, federazione delle associazioni emofilici (www.fedemo.it) ha organizzato il convegno per illustrare un decalogo per il paziente (anche per i bambini), una guida per il medico e la neonata collaborazione tra l'Istituto Eastman e il Centro emofilia del policlinico Umberto I. Qui è stato messo a punto un modello di terapia odontoiatrica che ormai è diventato un riferimento per tutti gli altri centri nazionali. Un genitore di un bambino emofilico racconterà quali sono i problemi che ha dovuto e deve affrontare per garantire a suo figlio una bocca corretta e sana.**

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Un vero e proprio ricettario dalla Federazione medici di famiglia. Obiettivo: coniugare il piacere della tavola con la salute. Così tabelle nutrizionali e calorie accompagnano i piatti tipici regionali

Mangia bene, sarai più sano



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ALIMENTAZIONE

Zuppa di pesce, panzanella, polpo e patate, "tiella di Gaeta" con alici. E poi tortino di carciofi, cacio e uovo, minestra maritata, zuppa di pesce e castagnaccio. Piatti poveri, piatti buoni dall'alto valore calorico che appartengono alla nostra tradizione culinaria più antica.

Piatti scelti dalla Società italiana di medicina di prevenzione e stili di vita (costola della Fimmg, medici di famiglia) per suggerire, attraverso rigorose ricette regionali, come riuscire a portare in tavola, il buono, il salutare, il nutrizionalmente eccellente. Simboli della **civiltà mediterranea** e della storia gastronomica nazionale che i medici hanno raccolto nel volume "Territorio, sapori e salute".

Un volumetto pratico completo di tabelle, consigli, abbinamenti e conteggi delle calorie. Un lavoro curato, oltre che dai medici anche da docenti e alunni dei migliori istituti alberghieri italiani: **Chianciano Terme** (Ist. Alberghiero Pellegrino Artusi), Formia (Ippisar Angelo Celletti) e Pescara (con Ippisar Filippo De Cecco). Gli insegnanti hanno consigliato le ricette più antiche e popolari, gli abbinamenti tra piatti e vini del territorio. A loro volta, i camici bianchi hanno spiegato ai ragazzi le regole base per un menù gustoso che faccia bene alla salute.

I MANICARETTI

Piatti tipici come la "Pizza e minestra mbaniccia o pizz' e ffojie" di Pescara fatta di farina di campo e verdure di campo (cicoria,

bieta, broccoletti), la "Gamurgia" una zuppa contadina del territorio di Lucca che risale al Seicento o l'insalata di rinforzo proposta dalla tradizione natalizia napoletana (ogni porzione 170 calorie), la "Ribollita" autentica da sapori medievali con il pane senza sale e raffermo e il cavolo nero, i "Pici all'aglione" re dei manicaretti della Val di Chiana, lontani parenti degli spaghetti o



l'Insalata di farro alle primizie dell'orto con il farro della Majella, carote, pomodori e zucchine.

LA STORIA

La "Tiella di Gaeta con alici" (760 calorie a porzione) è un omaggio a quello che oggi si chiama piatto unico. Firmata dall'istituto alberghiero di Formia questa pietanza permetteva a contadini e pescatori di avere un pasto completo che si conservasse anche per alcuni giorni. Si dice che Ferdinando IV di Borbone ne fosse un grande estimatore, anzi, secondo alcuni fu proprio l'inventore. E poi i dolci: castagnaccio toscano e mostarda ponzone (uva e fichi d'india).

Silvestro Scotti, vicesegretario Fimmg: «Siamo orgogliosi se dai nostri studi, oltre a ricette di farmaci, escono anche ricette e indicazioni nutrizionali. Significa tradurre consigli in pratica, spiegare come portare a tavola la salute». «Il nostro obiettivo – spiega Walter Marrocco, presidente Simpesv – è quello di coniugare il piacere dei cibi con lo star bene. Per questo nel volume, accanto a ciascuna ricetta, abbiamo sviluppato un'analisi energetica e nutrizionale basata su ~~ban-~~ ~~che-ati~~ ~~accreditate~~ che consente di valutarne l'uso appropriato per le diverse esigenze, fisiologiche e patologiche». Il ricettario del medico di famiglia, parte di un progetto sui sani stili di vita, è visionabile online al sito www.alimentazione.fimmg.org, o cercando la pagina Facebook.

Clarissa Domenicucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ACCURATA ANALISI ENERGETICA DALLA "GAMURGIA" ALLA TIELLA DI GAETA DAI PICI ALL'AGLIONE AL CASTAGNACCIO

Da Adi e Sinpe un Consensus document per una migliore alimentazione a casa e in corsia

Decalogo anti malnutrizione

Disomogeneità tra le Regioni sulle terapie - A rischio 1 degente su 3



La malnutrizione per difetto è una "malattia nella malattia" che può colpire almeno il 15% dei pazienti. In ospedale e nelle Rsa un paziente su 3 è malnutrito o a rischio di malnutrizione e un paziente oncologico su 5 muore di malnutrizione. Un problema che non solo abbatta la qualità di vita del paziente e determina un peggioramento delle sue condizioni di salute, ma che causa anche un notevole aggravio della spesa. Per questo l'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (Adi) e la Società italiana di nutrizione artificiale e metabolismo (Sinpe) hanno presentato a Milano il primo «Consensus Document sulla Nutrizione Clinica».

La disattenzione è ancora diffusa. Uno studio condotto in una Rsa nel Lazio ha rilevato una prevalenza di malnutrizione del 36%. La stessa prevalenza è stata riscontrata in uno studio multicentrico che ha valutato 736 degenti in una rete di Rsa piemontesi. Molti ospedali non attuano uno screening della malnutrizione all'ingresso e solo un'esigua percentuale dei pazienti malnutriti riceve un supporto nutrizionale.

La malnutrizione, quindi, spesso si aggrava durante la degenza. Si tratta della cosiddetta "malnutrizione iatrogena", che ha molteplici cause: mancato riconoscimento della malnutrizione al-

Il decalogo Adi-Sinpe contro la malnutrizione	
<ul style="list-style-type: none"> ● La Nutrizione clinica è una disciplina medica 	<ul style="list-style-type: none"> ● La malnutrizione è un rilevante problema di salute pubblica, spesso non diagnosticato e non trattato. I costi sanitari della malnutrizione sono superiori ai costi dell'obesità
<ul style="list-style-type: none"> ● La malnutrizione per difetto è una vera "malattia nella malattia" 	<ul style="list-style-type: none"> ● La Nutrizione enterale (Ne) e la Nutrizione parenterale (Np) hanno la stessa finalità, ma indicazioni, controindicazioni e costi differenti. La costo-efficacia del trattamento è dipendente dall'appropriatezza della scelta
<ul style="list-style-type: none"> ● La malnutrizione iatrogena è quella non imputabile alla malattia di per sé, ma all'inappropriatezza dell'intervento nutrizionale che causa un aggravamento delle condizioni cliniche rispetto all'ingresso. Si stima riguardi almeno il 15% dei pazienti a rischio di malnutrizione. Più in generale in Ospedale e nelle Rsa un paziente su 3 è malnutrito o a rischio di malnutrizione 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'accessibilità alle cure è molto diversa da Regione a Regione. La rimborsabilità degli Ons e prodotti per disfagia non è attualmente garantita in tutte le Regioni italiane
<ul style="list-style-type: none"> ● I pazienti oncologici su 5 muore di malnutrizione 	<ul style="list-style-type: none"> ● I costi degli Ons standard sono compresi tra 0,7 e 2 euro, mentre quelli specifici per patologia possono raggiungere circa 12 euro. Il costo di una giornata di Nutrizione enterale ospedaliera varia tra 5 e 11 euro. I costi per l'utilizzo di miscele enterali specifiche raggiungono circa 35 euro al giorno
<ul style="list-style-type: none"> ● La maggior parte dei soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione vive a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> ● La ristorazione assistenziale ospedaliera standard varia dai 10 ai 17 euro a giornata
<ul style="list-style-type: none"> ● La malnutrizione si associa a maggior rischio di complicanze, più elevata morbilità e mortalità e alla riduzione della qualità di vita 	

l'ingresso, vitto inadeguato, ripetuti digiuni per indagini, inappetenza, politerapia, mancata assistenza ai pasti.

Ma la malnutrizione dilaga anche sul territorio: complessivamente si stima che coinvolga 1 anziano su 3 residente a domicilio. L'alternativa ci sarebbe: counselling dietetico, integrazione con supplementi nutrizionali orali, nutrizione enterale o parenterale. L'adozione di un protocollo di prevenzione, cura e monitoraggio precoce della malnutrizione per difetto, il cosiddetto "Percorso Parallelo", può rappresentare

una strategia innovativa ed efficace.

«La nutrizione clinica è infatti un fondamentale strumento - ha spiegato **Lucio Lucchin**, presidente Adi, Uoc di Dietetica e nutrizione clinica nell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige Comprensorio di Bolzano - da includere nei percorsi terapeutici e che si inserisce nell'importante processo volto a migliorare il sistema salute attraverso riforme lungimiranti».

Parole d'ordine quindi, lotta agli sprechi e ricerca di appropriatezza con personale formato: «Un esempio di suc-

cesso - sottolinea **Gianni Biolo**, presidente Sinpe, Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e della salute, Università di Trieste - si è visto nel comprensorio sanitario di Bolzano, dove la centralizzazione della nutrizione artificiale ha permesso un risparmio di 18.000 euro in 4 mesi, solo relativamente alla nutrizione parenterale. Numerosi studi di farmacoeconomia condotti in diversi Paesi europei hanno infatti dimostrato che le complicanze della malnutrizione aumentano i costi sanitari causati dalla lunghezza dell'ospedalizzazione,

dalla tasso di riospedalizzazione, dall'incidenza di complicanze, dall'uso di antibiotici o dispositivi medici, impegno del personale sanitario».

Sul fronte delle cure domiciliari le Regioni sono in alto mare. Al momento solo Piemonte, Veneto e Molise hanno legiferato in merito alla Nutrizione artificiale domiciliare (Nad).

Esiste poi una forte disomogeneità: per quanto riguarda l'accesso ai supplementi nutrizionali orali (Ons) i pazienti residenti in diverse Regioni non hanno attualmente i medesimi diritti. Esistono infatti significative disegualanze a livello locale, in quanto solo alcune Regioni (per esempio Piemonte e Lombardia) ne assicurano l'appropriatezza prescrittiva, effettuata presso i servizi di Dietologia e Nutrizione clinica, e la conseguente dispensazione a carico del Ssn; in altre invece l'acquisto di tali prodotti rimane a totale carico del paziente.

«Essendo gli Ons destinati alla terapia della malnutrizione, condizione patologica grave e pericolosa per i pazienti, sarebbe auspicabile - conclude il Consensus document - almeno la loro detraibilità fiscale, come avviene per medicinali non rimborsabili e dispositivi medici».

Rosanna Magnano

Un po' di sport in gravidanza fa bene anche al futuro bebè

NICLA PANCIERA

Svolgere una moderata attività fisica durante la gravidanza consente di migliorare il cervello del nascituro. Per una futura mamma, infatti, dedicarsi ad esercizi cardiovascolari per almeno 20 minuti tre volte alla settimana significa non solo ridurre il rischio di complicazioni e agevolare il recupero post-parto, ma anche favorire lo sviluppo della futura mente del bambino. Lo studio, condotto da Dave Ellefberg dell'Università di Montreal in Canada e dal suo team, è stato presentato a «Neuroscienze 2013» a San Diego. All'inizio del secondo trimestre 18 donne tra i 25 e i 35 anni sono state suddivise in due gruppi: quello sedentario e quello delle attive, monitorate quotidianamente. Da 8 a 12 giorni dal parto gli scienziati hanno poi misurato con un elettroencefalogramma le risposte neurali dei piccoli addormentati a sequenze di suoni noti intervallati da suoni nuovi, ai quali i figli delle mamme attive «rispondono con attivazioni cerebrali più mature, come se il loro cervello si fosse sviluppato più rapidamente»: è un andamento d'onda che, infatti, i figli di mamme sedentarie dimostrano solo più tardi. Rispetto alle ricerche condotte finora, relative agli effetti sul nascituro dell'attività sportiva in gravidanza, questa è la prima volta in cui non si misurano le prestazioni cognitive dei bambini, ma si osservano le loro attivazioni neurali. «Il meccanismo del fenomeno resta un mistero - ci spiega una delle autrici, Élise Labonté-LeMoine -. Ma sembra che, mentre la gestante si esercita, il piccolo lo faccia con lei, ottenendo tutti i benefici che la donna ottiene dallo sport. Probabilmente c'è un aumento nei neurotrasmettitori e dell'ossigenazione che porta ad un potenziamento dello sviluppo».



Il settimanale Economist**«Sonno alterato
dai telefonini
Cuore a rischio
per i giovani»**

Oggi il settimanale britannico *The Economist* entra «nel cuore del problema cuore». Scusate il gioco di parole, ma il rapporto sviluppato dall'*Intelligence Unit* del settimanale si chiama *The Heart of the Matter* e analizza l'impatto delle malattie cardiovascolari nel mondo. Non solo, arriva a teorizzare la necessità di un nuovo punto di vista sulla prevenzione. In sintesi, che cosa emerge? La «globalizzazione» di queste malattie in rapida diffusione (quasi un contagio) nei Paesi in via di sviluppo (alcuni dei quali non lo sono più, ma continuano a godere di questa etichetta tutelante) a causa di elevati tassi di tabagismo e dell'effetto imitativo rispetto alle «malsane abitudini alimentari» e agli errati stili di vita occidentali, dei Paesi cosiddetti sviluppati. E un curioso allerta per tutti: la prossima esplosione di disturbi del sonno fra gli adolescenti che utilizzano le tecnologie di comunicazione mobile a tarda notte (studio in Svezia e ricerca analoga in Australia). Secondo gli esperti porterà a un aumento dell'aterosclerosi. Con l'espansione dei telefoni mobili nei mercati emergenti (in Africa assistiamo a tassi di crescita molto rapidi) il problema potrebbe presto interessare anche i Paesi in via di sviluppo. I numeri del rapporto sono drammatici: più del 40% degli uomini fa regolarmente uso di ~~tabacco~~ in 8 dei 14 Paesi a reddito medio-basso analizzati; i livelli medi di pressione sanguigna misurati in Africa sono fra i più alti al mondo; in Africa del Nord e in Medio Oriente la misura del giro vita è fra le più grandi al mondo; in alcuni Paesi emergenti, il rapido sviluppo economico sta causando un ingente degrado ambientale, oltre all'inquinamento dell'aria e acustico. Le malattie di cuore e vasi sono responsabili del 30% delle morti globali: la percentuale sale al 43% nei Paesi sviluppati (in diminuzione rispetto a 20 anni fa: 48%), mentre si attesta al 25% nei Paesi in via di sviluppo, ma con un trend in forte crescita. Emerge anche il carattere «ghettizzante» di queste malattie, che si stanno evolvendo come caratteristiche dei «ceti poveri». Le strategie di prevenzione necessitano, quindi, di un radicale ripensamento, a cominciare dai sistemi sanitari. Costruiti sulla cura dei casi acuti, senza incentivi (o quasi) per i medici che

investono maggiore tempo nell'educazione alla salute e nella prevenzione secondaria. Insomma, per l'*Economist* la ricetta salva cuore è tutta da rifare.

Mario Pappagallo
 @Mariopaps


Bypass e bisturi contro l'obesità ma c'è sempre un prezzo da pagare

Dopo ogni intervento ci si deve sottoporre a controlli regolari per tutta la vita

FABIO DI TODARO

Quando nacque, a metà degli Anni 70, la chirurgia bariatrica creò scompiglio anche nella comunità scientifica, scettica di fronte alla possibilità di risolvere l'obesità in sala operatoria. Ma l'efficacia del trattamento fu il grimaldello con cui gli specialisti che avevano appreso le prime metodiche negli Usa fecero breccia in Italia. Da quel momento in poi è cresciuto il numero annuo di interventi, sebbene i 7645 grandi obesi operati in Italia nel 2012 rappresentino solo l'1% di quelli che dovrebbero ricorrere alla pratica e il centinaio di centri specializzati attivi risultino insufficienti.

«Oggi manca una figura politica a cui fare presente i costi dell'obesità e delle patologie a questa correlate - dice Marcello Lucchese, direttore dell'unità operativa di chirurgia bariatrica e metabolica del policlinico Careggi di Firenze e presidente della Società italiana di chirurgia dell'obesità -. La chirurgia è un mezzo utile non solo a favorire la perdita di peso, ma a ridurre gli effetti di diverse malattie, a partire dal diabete di tipo II. Gli interventi comportano una serie di variazioni metaboliche e ormonali che influenzano il controllo della glicemia: rappresentano un riferimento per i diabetologi che hanno in cura pazienti gravi».

In Italia ci sono sei milioni di obesi - il 25% in più rispetto a 20 anni fa - e 700 mila richiederebbero l'approccio chirurgico, al quale contribuisce un team multidisciplinare, composto, tra gli altri, da un dietologo, un endocrinologo e uno psichiatra. Paradossale, però, è la situazione del Sud, le cui regioni sono le più colpite dall'emergenza obesità e, al contempo, quelle in cui si pratica il minor numero di interventi. «Sulla chirurgia dell'obesità esistono

luoghi comuni duri a morire - argomenta Pietro Forestieri, direttore del dipartimento di chirurgia della Seconda Università di Napoli -. Numerosi studi internazionali hanno dimostrato come la mortalità legata a questi interventi sia inferiore all'1%, mentre un obeso non operato è maggiormente esposto a numerose e gravi malattie: ipertensione, cancro e diabete, con un rischio di decesso superiore al 6%».

Quella che era considerata l'extrema ratio è oggi una metodica divenuta, in alcuni casi, necessaria a causa della sedentarietà e di cattive abitudini alimentari. Ma per curare l'obesità sul lettino operatorio il paziente (maggiormente di sesso femminile) deve rispettare alcuni requisiti: possedere un indice di massa corporea uguale o superiore a 40 (anche inferiore, se associa-

sturbi del comportamento alimentare del San Raffaele di Milano -. Il paziente segue un trattamento farmacologico e psiconutrizionale per capire se è in grado di controllare l'iperfagia. Se l'esito è negativo, si preferisce un intervento mirato a ridurre l'assorbimento dei nutrienti».

Le metodiche, effettuate quasi sempre in laparoscopia, sono quattro, se si esclude il pallone intragastrico: di silicone e forma sferica, è inserito per via endoscopica nello stomaco allo scopo di preparare l'obeso all'intervento. «È un primo approccio che si utilizza quando il rischio operatorio è elevato: viene rimosso dopo sei mesi, con l'obiettivo di procedere all'operazione», prosegue Lucchese. Il bendaggio gastrico, reversibile, è la pratica più utilizzata: 2500 gli interventi effettuati, con l'anello di silicone stretto come un cinturino d'orologio attorno alla parte alta dello stomaco per rallentare l'ingresso di cibo. «La riuscita dell'intervento dipende soprattutto dai pazienti, a cui si chiede di seguire una dieta costituita da cibi solidi».

Permanenti sono gli altri approcci restrittivi: il bypass gastrico (si crea una tasca che permette al bolo di «saltare» parte dello stomaco e il primo tratto dell'intestino tenue) è il più usato al mondo e dimostra una percentuale più alta di riduzione del

peso in eccesso dopo cinque anni (62%). Anche l'impiego della gastroplastica verticale, con una riduzione di due terzi della superficie

dello stomaco, è in crescita. Più invasiva è la diversione biliopancreatica: una volta asportati una parte dello stomaco e la colecisti, viene creato un secondo canale che ritar-

Chirurgo

RUOLO: È DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA BARIATRICA E METABOLICA DEL POLICLINICO CAREGGI DI FIRENZE E PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA DELL'OBESITÀ

to ad altre malattie), dimostrare di non avere tratto benefici da precedenti approcci dietetici, avere un basso rischio operatorio e un'alta componente motivazionale.

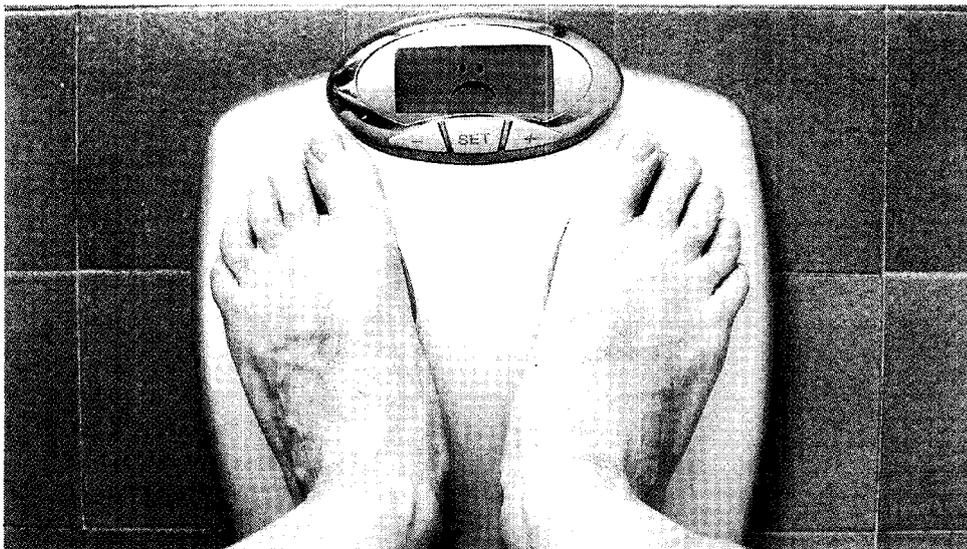
L'obeso trattato chirurgicamente, comunque, è destinato a seguire controlli per tutta la vita e alcune soluzioni reversibili richiedono una buona applicazione da parte del paziente. «Prima dell'intervento bisogna capire se il soggetto è affetto da disturbi da alimentazione incontrollata (il "binge eating disorder") - spiega Stefano Erzegovesi, psichiatra e nutrizionista, responsabile del centro di-



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

da l'incontro tra gli alimenti e le secrezioni digestive. La riduzione di assorbimento è accompagnata da un notevole calo ponderale: fino al 70% del peso in eccesso.

Twitter @fabioditodaro





LOMBARDIA/ Avviato nella Regione il follow-up partendo dal tumore alla mammella

Oncologia ospedale-territorio

Due fasi: clinica e digitale - Protocollo concordato tra Mmg e specialisti

In oncologia con il termine "Follow-up" si intendono i controlli (visite ed esami) che vengono effettuati periodicamente dopo aver completato la fase di trattamento di un tumore. In Italia, secondo le stime del "Rapporto 2013 sulla condizione assistenziale del malato oncologico", la metà dei pazienti con tumore ha una diagnosi da più di 5 anni e questa percentuale sale al 90% nei casi di tumore della mammella e della prostata. In questi soggetti la gestione del follow up, intesa come sorveglianza di routine di eventuali recidive, è ancora considerata un'attività specialistica che ha la finalità di individuare una "ripresa di malattia" (cioè la ricomparsa del tumore o una sua progressione) per poterla trattare tempestivamente, ma questo modello è oggetto di una profonda revisione critica da parte della comunità medico-scientifica (Ann Fam Med 2012;10:418-27). Infatti, esistono numerose evidenze che dimostrano che il monitoraggio più o meno intensivo per scoprire con anticipo la ricomparsa o la progressione del tumore in genere non modifica la prognosi del paziente. Un caso esemplificativo è stato descritto da Rustin et al. nel 2010 sul Lancet (2010;376:1155-63). Cinquecentoventinove donne con tumore dell'ovaio in remissione completa dopo il trattamento (cioè temporaneamente "guarite" ma a rischio di ricomparsa del tumore) furono divise in due gruppi: tutte eseguivano ogni tre mesi un dosaggio del Ca125 (una proteina presente in valori anomali nel sangue della maggior parte delle pazienti con tumore dell'ovaio) ma solo a uno dei due gruppi veniva comunicato il risultato. Di conseguenza i medici che si occupavano del follow-up del primo gruppo furono in grado di diagnosticare precocemente (gruppo "early") la recidiva

quando il Ca125 aumentava mentre i medici dell'altro gruppo ("delayed") invece sospettarono la recidiva più tardi quando i segni e i sintomi del tumore divennero evidenti. Il risultato pratico fu che le donne del gruppo early ricevettero la chemioterapia mediamente 5 mesi prima e per più tempo ma la loro aspettativa di vita fu lievemente inferiore (25,7 mesi) rispetto alle donne del gruppo delayed (27,1 mesi).

Evidenze assolutamente sovrapponibili sono disponibili per il tumore della mammella: donne trattate radicalmente per un tumore della mammella operabile (dunque potenzialmente guarite ma a rischio di recidiva) e sottoposte a controlli periodici intensivi (visita, mammografia bilaterale, rx torace, scintigrafia ossea, ecografia addominale annuale) avevano la stessa prognosi di donne con caratteristiche cliniche analoghe ma che avevano fatto solo una mammografia e una visita annuale, mentre gli altri esami venivano programmati solo nel caso di segni e sintomi da approfondire (Jama 1994; 271:1587-92).

Parte l'integrazione dei dati raccolti

Analogamente è dimostrato che l'accuratezza e l'efficacia clinica sono le stesse sia che i follow-up di un tumore della mammella vengano fatti dallo specialista ospedaliero che dal medico di famiglia, ma nel secondo caso i costi sono ridotti (J.Clin.Oncol.2006;24:848-55). Per questi motivi le linee guida delle principali società scientifiche di oncologia, compresa l'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom) raccomandano per il tumore della mammella operabile un follow-up minimalista possibilmente condotto con la collaborazione del medico di medicina generale (Mmg).

Con queste premesse il Work Package 5 (WP5), Medicina del territorio, della Rete oncologica lombarda (Rol) ha



avviato un progetto di integrazione ospedale territorio sul follow-up oncologico partendo dal tumore della mammella e realizzato in un percorso in due fasi: la prima clinica, la seconda "digitale". Il progetto prevedeva che Unità operative (Uo) ospedaliere e Mmg di uno stesso Dipartimento interaziendale provinciale oncologico (Dipo) concordassero un percorso basato sulle linee guida Rol per la condivisione del follow-up dei casi di tumore della mammella operato radicalmente e libero da malattia. Si tratta di persone che non sarebbe corretto definire "pazienti" perché hanno avuto la malattia ma ne sono guarite pur conservando un rischio di recidiva variabile a seconda delle caratteristiche cliniche e biologiche della malattia all'esordio, rischio maggiore nei primi 3-5 anni ma che comunque dura per tutta la vita. Non essendo possibile prevedere se e quando si verificherà la recidiva, donne altrimenti sane possono trasformarsi in pazienti dipendenti a vita dal centro ospedaliero senza alcun vantaggio.

Il progetto, diffuso in otto Dipo della Lombardia, è stato avviato nel 2011 a Lodi per valutarne la fattibilità. Il Dipo XXI ben si presta alla sperimentazione perché ha struttura organizzativa semplice e di piccole dimensioni con circa 180 Mmg e un'unica azienda ospedaliera (Ao) con una Uo di On-

cologia medica presente in due presidi diversi sul territorio provinciale.

Il protocollo operativo concordato tra Mmg e specialisti ospedalieri è estremamente semplice: nei primi 5 anni dalla diagnosi, e comunque fino a quando non sono state sospese tutte le terapie specifiche, i controlli (visita clinica periodica, mammografia annuale e gli esami richiesti dalle terapie in corso o da altre necessità cliniche) sono coordinati dagli specialisti ospedalieri; dopo 5 anni il coordinamento dei controlli (Visita clinica e mammografia annuale; altri esami in base alle necessità cliniche) passa al Mmg assicurando un supporto immediato da parte del centro specialistico nel caso il Mmg ne avesse la necessità.

Dopo un'ampia condivisione tra oncologi e Mmg sul percorso e sulle modalità di passaggio delle pazienti dal circuito specialistico al territorio e, viceversa, di rientro dal circuito territoriale al centro specialistico in caso di necessità, le prime donne che dopo almeno 5 anni di follow-up specialistico risultavano sempre guarite sono state indirizzate al proprio Mmg. Per ricordare il percorso al Mmg e nello stesso tempo rassicurare e motivare la paziente a proseguire i controlli è stato studiato un specifico messaggio che riassume le premesse e gli obiettivi del percor-

so, richiama i pochi controlli clinici appropriati e chiude fornendo pochi chiari riferimenti per contattare l'Uo di Oncologia medica dell'Ao di Lodi in caso di necessità. Per valutare l'adesione al percorso è stato effettuato un audit a 14 mesi dall'attivazione. Utilizzando la Banca dati assistiti (Bda) del Sistema sanitario regionale (Ssr) della Lombardia si è verificato se le donne passate al follow-up del Mmg da almeno 12 mesi avessero eseguito una mammografia. A tutto dicembre 2012, 17 di 142 donne entrate nel percorso avevano un follow-up del Mmg >12 mesi; di queste 13 risultavano aver effettuato una mammografia presso un centro radiologico del Ssr. Si è provveduto a contattare il Mmg delle 4 donne che non risultavano aver effettuato alcuna mammografia nell'ultimo anno: in due casi il Mmg aveva deciso di non programmare più l'esame sistematicamente per l'età delle donne (92 e 86 anni rispettivamente); una paziente di 71 anni era deceduta per cause cardiache acute; nell'ultimo caso (69 anni) la mammografia era stata prescritta e sarebbe stata effettuata a breve.

Scadenze indicate con un sms

Nei 14 mesi considerati si sono verificati 3 rientri nel circuito specialistico. In un caso è stato sufficiente un contatto telefonico tra Mmg e centro ospedaliero per indirizzare le indagini che hanno portato alla risoluzione del quesito senza rientro effettivo nel circuito specialistico. Negli altri due casi (noduli sospetti nella sede di pregresso intervento) la presa in carico da parte del circuito specialistico è avvenuta entro 24-72 ore con diagnosi istologica e programmazione terapeutica definitiva entro due settimane dalla segnalazione.

Questi risultati hanno rassicurato sia i Mmg che le pazienti e hanno permesso al coordinamento della Rol e del WP5 di pianificare l'estensione, an-

cora in corso, del progetto a tutta la rete.

Nonostante i risultati rassicuranti della fase pilota nel percorso "tradizionale" che ha impiegato strumenti di comunicazione consolidati (lettera di dimissioni) si sono evidenziate le difficoltà di una estensione su vasta scala: a una verifica estemporanea effettuata a settembre 2013 è stato riscontrato che 21/82 donne con un follow-up generalistico >di 12 mesi non hanno effettuato una mammografia. A un primo controllo è stato possibile verificare che il percorso è stato interrotto dal Mmg con motivazione (il 25% di queste pazienti sono ultraottantenni) o che l'esame è stato programmato ma non ancora eseguito.

Per questo il WP5 ha ideato un prototipo, informatico e organizzativo, utilizzando un applicativo sviluppato con Lombardia Informatica per permettere la comunicazione strutturata tra specialista e Mmg nella gestione del paziente oncologico in follow up denominato Documento di programmazione clinico-assistenziale oncologico. Il modello contiene: le

prestazioni da eseguire in follow up, gli intervalli temporali e altre features per realizzare un documento facilmente compilabile e pubblicabile sul Fascicolo sanitario del paziente. Da qui sarà immediato e facile il reperimento delle informazioni necessarie a gestire il follow up da parte dei medici e garantire la proattività del paziente che oltre a poter consultare il Dpca oncologico potrà essere avvisato delle scadenze di follow up attraverso "allert" inviate come sms.

Paolo Spriano
Coordinatore WP5 Rol; Medico di medicina generale
Giovanni Ucci
Direttore Dipartimento oncologico Ao Lodi - Oncologo

Da una malattia renale la chiave anti-ipertensione

DANIELE BANFI

■ Dallo studio di una rara malattia renale potrebbe arrivare la soluzione all'ipertensione. Ad aprire questa prospettiva è uno studio pubblicato su «Nature Medicine» dai ricercatori dell'Istituto Telethon Dulbecco del San Raffaele di Milano.

L'analisi ha messo in luce un meccanismo che collega l'uromodulina - una proteina presente in quantità abbondante nelle urine - a un rischio maggiore di sviluppare ipertensione arteriosa e danni ai reni. Questo sarebbe causato da alcune mutazioni nel gene responsabile della produzione della proteina stessa. Spiega Luca Rampoldi, autore dello studio: «Analizzando decine di biopsie renali e centinaia di campioni di urine di persone con pressione arteriosa e funzionalità renale normali, abbiamo osservato che i livelli di uromodulina variavano in base a precise sequenze nel Dna. In particolare, le persone che avevano delle varianti in grado di metterle a rischio di pressione alta o danno renale producevano molta uromodulina. Ci siamo quindi chiesti in che modo un alto livello di espressione del gene in questione potesse portare a un aumento del rischio di sviluppare le due malattie».

La risposta è arrivata grazie ad alcuni test sui topi: è emerso che l'aumentata produzione di uromodulina era associata alla comparsa di ipertensione già dalla tenera età. «L'ipotesi - spiega Rampoldi - è che la proteina favorisca il riassorbimento di sale e acqua a livello renale. Alti livelli di espressione provocano un maggiore riassorbimento di sodio, potenziando l'azione di una specifica proteina di trasporto localizzata nel rene: questo si traduce in un aumento della pressione». L'ipotesi trova conferma nella realtà: somministrando un diuretico che ha come bersaglio il sistema di riassorbimento, si è evidenziato un maggiore effetto del farmaco sulla pressione nelle cavie con elevati livelli di uromodulina.

«Lo studio - conclude Rampoldi - contribuisce a chiarire una serie di meccanismi. Ora si apre la strada allo sviluppo di farmaci per l'ipertensione che abbiano come bersaglio l'uromodulina o altre molecole coinvolte nel meccanismo regolato da questa proteina».

Ricerca Telethon



SANITÀ

UNA PIOGGIA DI RICORSI

VIOLATE DIRETTIVE EUROPEE

Numerose sentenze dei Tar riconoscono il diritto a riconoscimenti e risarcimenti. Il governo pensa adesso a una sanatoria

Medici specializzati «buco» da 4 miliardi

Compensi non pagati tra 1982 e 2006, 10mila solo in Puglia

CRISTIANA CIMMINO

Medici risarciti a peso d'oro dallo Stato. Medici ex specializzandi che potranno incassare fino a 100mila euro ciascuno. Solo in Puglia sono oltre 10mila, più di 3mila a Bari e provincia, centinaia di migliaia in tutta Italia.

È una valanga di ricorsi quella che sta per abbattersi, come una bomba ad orologeria da quattro miliardi di euro, sullo Stato.

Una storia tutta italiana. Ordinaria vicenda di omissioni e diritti calpestati. Storia che parte da lontano ma i cui nodi stanno per venire al pettine. Tanto che lo Stato cerca, solo adesso, di correre ai ripari, pensando ad una sanatoria su misura per quell'esercito di medici ex specializzandi, che in migliaia hanno presentato ricorsi, accolti dai Tribunali di primo e secondo grado, per le borse di studio mai erogate o incomplete ai medici specializzandi. La sanatoria, però, riguarderebbe soltanto chi ha fatto ricorso.

E la valanga di ricorsi parte proprio da Bari, dove l'Ugl ha deciso di cavalcare questa tigre, allertando i medici ex specializzandi di tutta Italia contro eventuali colpi di spugna. La sanatoria potrebbe far parte di un emendamento alla legge di Bilancio. Comunque sono state violate sfacciatamente le

norme europee.

Con un durissimo comunicato, inviato alla Gazzetta, l'unico sindacato dei moderati di destra, denuncia lo scandalo. Vincenzo Abbrescia, segretario generale dell'Ugl Bari invita tutti a fare ricorso in breve tempo per la difesa di soldi e diritti. L'Ugl promuove i ricorsi presso i Tribunali di tutto il Paese. (Per informazioni chiamare: 3483660911-3936393177).

Il sindacato comunica che per la ritardata e parzialmente omessa attuazione delle direttive europee, è possibile ricorrere in giudizio per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione o di risarcimento, per i medici iscritti alle scuole di specializzazione nel periodo tra il 1982 e il 2006. Nonostante il trascorrere del tempo, il diritto non è prescritto, come afferma una recente sentenza della Suprema Corte di Cassazione civile.

Una storia che adesso fa paura, roba da togliere il sonno ai fautori di ieri e di oggi della famigerata «spending review» e che stimerebbero in un totale di 4 miliardi di euro le spese dei risarcimenti giudiziari, se tutti gli aventi diritto presentassero ricorso. Le vertenze riguardano le Borse di studio non pagate agli specializzandi per circa 10 anni. Mentre la Direttiva europea ha introdotto un compenso per i medici

specializzandi nel lontano 1982.

A far suonare il campanello di allarme ai sindacalisti dell'Ugl è una proposta presentata nella prossima legge di stabilità, che introduce la possibilità «per i medici ammessi alle scuole di specializzazione che abbiano già presentato domanda giudiziale per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione o di risarcimento del danno per la mancata applicazione delle norme europee, di ottenere dal Ministero dell'Istruzione, a titolo forfetario, una Borsa di studio dell'importo di 13mila euro per ogni anno di corso da riconoscere, anche con il credito d'imposta, in un arco temporale non superiore ai 3 anni. Un bello sconto rispetto ai 50mila euro che spetterebbero ai ricorrenti. Un bel colpo di spugna che l'Ugl, però, ha smascherato.



NO A LAVORO GRATIS
L'Ue condanna l'Italia sui medici specializzandi senza stipendio



CAMICI BIANCHI Una pioggia di ricorsi contro i mancati pagamenti

