

«Così si obbliga il ginecologo a sostenere il ricorso all'aborto»

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

«Non possiamo escludere forme di protesta più decise se la politica non prenderà in considerazione le pesanti conseguenze di questa sentenza. Che sono non solo di ordine etico, ma anche assistenziale, medico-legale e professionale». Il consiglio di presidenza della Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica e metodologie biofisiche (Sieog) ha preso una posizione di netta opposizione rispetto alla sentenza della Corte di Cassazione sul risarcimento per la nascita di una bambina con sindrome di Down, e sta raccogliendo firme per contestare le derive che tale decisione può comportare. E già più di 2.500 medici (ginecologi, genetisti e altri) hanno sottoscritto la lettera di protesta (www.sieog.it): «Possiamo dire - osserva il presidente della Sieog, Dario Paladini - che la risposta c'è stata. E vorremmo portare il problema all'attenzione del governo».

Perché avete assunto questa iniziativa?

Un caso analogo è avvenuto in Francia dieci anni fa e c'è stata una risposta dirompente: tutti gli ecografisti e gli esperti di diagnosi prenatale hanno "incrociato le braccia", finché il governo non è intervenuto a limitare la portata della decisione dei giudici. Infatti la sentenza può avere conseguenze enormi non solo dal punto di vista etico o medico-legale, ma anche nelle quotidiane attività di as-

sistenza sanitaria.

Quali le ripercussioni sulla attività assistenziale?

Soprattutto il fatto che i premi per le assicurazioni di tipo medico-legale sono lievitati enormemente.

Inoltre, ogni volta che un medico viene fatta una richiesta di risarcimento - indipendentemente dalla sentenza finale del tribunale - lo stesso subisce un danno economico considerevole, tra spese legali e ricerca di una nuova copertura assicurativa a premio maggiorato (per la denuncia subita). E ciò potrebbe comportare la rinuncia ad eseguire tale prestazione sanitaria (diagnosi prenatale). Altre difficoltà riguardano proprio la concreta applicazione della legge 194.

Che cosa intende dire?

Già oggi in molte strutture si fatica a trovare medici non obiettori che mettano in pratica la legge 194. Ci sono comunque ginecologi che operano in modo coscienzioso, e in caso di rischio di malformazioni informano correttamente la paziente sulla diagnosi e sulle possibilità di intervento correttivo, lasciando a lei la scelta se proseguire la gravidanza. Ma applicando i principi di questa sentenza, nel lavoro del ginecologo diventerebbe obbligatorio accettare passivamente il ricorso all'interruzione di gravidanza, perché il figlio una volta nato potrebbe chiedere il risarcimento al medico e addirittura alla madre per non essere stato abortito. Questo è grottesco, oltre che immorale.

L'opposizione alla sentenza ha anche un motivo etico?

Certamente. Molti ginecologi - anche non obiettori - potrebbero non volerne più sapere di vedere snaturato il proprio compito. Se si de-

vono dare indicazioni per spingere alla interruzione di gravidanza di ogni forma di disabilità, ci sono conseguenze dirompenti. Non solo si nega valore alle persone con disabilità, ma sembra di tornare a epoche tristi del recente passato che ritenevamo che fossero state superate.

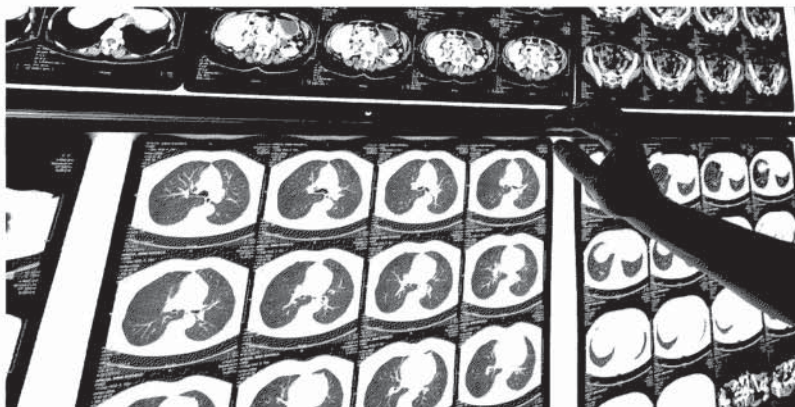
Il presidente della Sieog,

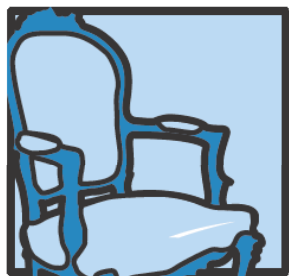
Paladini: stiamo raccogliendo

le firme contro le possibili

derive. Oltre 2.500 medici

hanno già aderito alla protesta





I conti 2011 per le cure al di fuori della Regione di residenza: in viaggio 3,8 miliardi

Mobilità, maxi-passivo al Sud

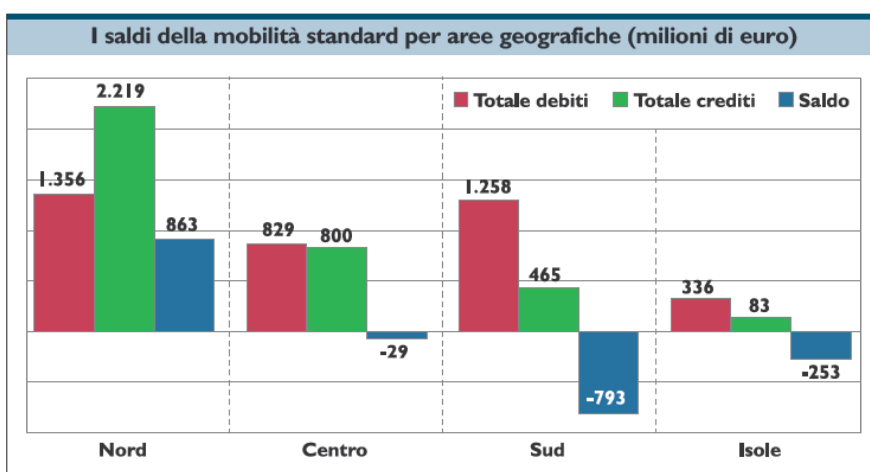
Il 42,2% dei debiti è dal Lazio in giù con un saldo negativo di oltre un miliardo

La mobilità sanitaria 2011 vale oltre 3,8 miliardi. E nel 2010 (le schede di dimissione ospedaliera 2011 non sono ancora disponibili), ha riguardato 822mila pazienti. Il Nord è in attivo con 863 milioni di saldo positivo, mentre il Centro registra una bassa passività media (-29 milioni) legata però solo al Lazio e alle Marche. Situazione ben diversa invece al Sud, che da solo raccoglie 793 milioni di saldo negativo e con le Isole raggiunge quota 1,046 miliardi con un passivo complessivo che assorbe il 42,2% circa di quello totale nazionale e un attivo appena del 14,5 sul complesso italiano. E la particolarità che mentre per le altre Regioni la mobilità è spesso di confine o comunque con territorio relativamente vicini, per il Sud è nella maggior parte verso il Nord.

Il conto negativo più salato lo scorso anno è quello della Campania: oltre 309 milioni di euro da pagare ad altre Regioni. Ma non scherzano neppure la Calabria, che di milioni in passivo ne ha più di 237, la Sicilia (194) e la Puglia (181,3). Al contrario una boccata d'ossigeno per i bilanci arriva, grazie alla mobilità dei pazienti in cerca di cure, per quasi tutte le Regioni del Nord con, al Centro, Toscana e Umbria, con saldi positivi che vanno dai quasi 495 milioni della Lombardia ai 10,1 milioni dell'Umbria.

È questo il primo "conto" per la mobilità 2011 che le Regioni devono discutere per calcolare eventuali riequilibri legati a situazioni particolari, ma che è stato approvato comunque dalla commissione Salute che ha esaminato tabelle e matrici degli addebiti iniziali. Su questo sarà convocata una riunione monotematica dei governatori.

La situazione regionale. Non sempre la mobilità è legata a "fughe" dei pazienti, ai "viaggi della speranza".



Infatti molti casi sono dovuti a una forma di concorrenza tra Regioni limitrofe e soprattutto per zone di confine. Il caso più evidente è proprio quello delle due Regioni leader per attrattività dei pazienti: Lombardia ed Emilia Romagna. La loro mobilità attiva è altissima, ma per quanto riguarda quella passiva la Regione con il maggior credito dalla Lombardia è proprio l'Emilia Romagna (88,3 milioni) e quella dell'Emilia Romagna la Lombardia (105,8 milioni).

Ma ci sono casi invece ben lontani dalla cosiddetta mobilità di confine. E sono praticamente tutti al Sud.

Il caso più evidente è quello della Sicilia che ha come maggiore creditrice per la sua mobilità la Lombardia (oltre 92 milioni) seguita dall'Emilia Romagna

(più di 41,5 milioni). Situazione analoga in Puglia, dove il debito maggiore è sempre verso la Lombardia (62,5 milioni) e verso l'Emilia Romagna (54,1 milioni) e in Calabria (deve alla Lombardia 57,6 milioni e all'Emilia Romagna 32,8 che però in questo caso è al terzo posto tra i creditori scavalcata dal Lazio a cui la Regione del Sud deve oltre 44 milioni).

Ma la Lombardia è al primo posto dei debiti anche di Campania, Basilicata e Sardegna, mentre l'Emilia Romagna è seconda per crediti in Sardegna, ma terza dopo il Lazio nelle altre Regioni.

Il caso del Lazio. Tuttavia, nonostante l'afflusso di pazienti, nel Lazio le cose economicamente non vanno. La Regione nel 2010 aveva un saldo di pazien-

ti attivo per 31.884 assistiti, ma il suo saldo economico era già in leggero rosso e peggiora nel 2011 quando nonostante l'afflusso da altre Regioni il risultato della mobilità economica è -132,1 milioni, quarto posto nella classifica delle peggiori performance. Il debito maggiore la Regione ce l'ha verso l'Abruzzo: 38,5 milioni circa che a sua volta manda più residenti a farsi curare (sempre secondo il dato economico) nel Lazio. È questo l'unico caso di Regione con un saldo attivo di pazienti e un forte saldo passivo di spesa. Le altre Regioni con saldi attivi di assistiti infatti erano nel 2010 Lombardia, Bolzano, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Molise, tutte quelle dal punto di vista economico con un risultato positivo nel 2011, tranne, appunto, il Lazio.

La "colpa" di questa situazione è legata alla combinazione tra un saldo economico al limite del negativo (comunque da un anno all'altro il saldo negativo è aumentato di circa 20 milioni) e la forte cifra che la Regione deve al Bambino Gesù di Roma: quasi 113 milioni contro il massimo della seconda Regione di 17,7 milioni della Campania. Altra cifra elevatissima rispetto al resto del Paese (seppure in termini minori della precedente) quello del contributo all'Ordine di Malta che su circa 36 milioni complessivi pesa per 30,8 milioni proprio nel Lazio. Una mobilità quasi "interna" alla Regione quindi, ma che, per le caratteristiche delle strutture, contribuisce al peggioramento del bilancio totale della Regione proprio dal punto di vista economico, visto che da quello geografico questi pazienti non si sono mai allontanati in realtà dal luogo della loro residenza.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mobilità standard 2011 tra le Regioni (migliaia di euro)

		REGIONI DEBITRICI *																				
		Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Pa Bolzano	Pa Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
REGIONI CREDITRICI	Piemonte	-	15.673,8	65.720,7	273,9	501,5	3.329,3	1.159,3	55.141,1	6.560,9	5.209,7	782,3	1.694,9	5.163,8	1.534,2	679,9	16.336,7	10.248,1	2.841,6	14.562,5	15.926,6	5.925,2
	V. Aosta	5.037,1	-	2.074,3	12,7	43,4	92,1	13,0	716,5	196,0	151,8	38,4	51,7	193,9	151,2	1,0	143,7	109,3	13,7	392,3	166,1	154,6
	Lombardia	143.081,4	4.576,8	-	3.111,1	10.321,0	56.020,1	9.267,8	60.362,2	105.835,4	36.465,7	7.065,8	19.799,5	29.085,3	14.551,9	4.090,6	60.925,5	62.545,4	11.351,2	57.557,2	92.337,7	28.627,7
	Pa Bolzano	349,0	12,3	2.375,5	-	13.522,2	7.062,8	748,3	458,9	1.378,7	881,1	170,6	281,1	1.568,7	152,0	20,2	399,1	593,8	86,1	377,8	547,4	206,5
	Pa Trento	501,7	30,0	11.921,9	6.022,0	-	15.588,4	598,4	488,7	2.872,2	777,6	216,4	424,0	1.579,7	294,1	87,1	775,5	763,5	58,5	556,4	1.029,7	374,0
	Veneto	5.841,6	319,8	63.890,5	9.463,2	28.900,5	-	42.669,7	3.327,1	46.131,7	8.023,9	2.003,1	7.424,0	11.050,0	4.871,8	799,8	16.680,8	16.173,9	1.836,7	7.780,0	22.715,8	4.976,1
	Friuli V.G.	824,8	34,4	3.820,8	405,3	494,7	66.611,5	-	782,5	2.116,2	1.140,2	277,3	625,2	2.432,8	509,2	67,8	3.370,2	2.873,5	321,0	1.373,2	5.338,0	704,7
	Liguria	34.227,6	939,7	21.192,6	161,4	618,8	2.083,1	402,6	-	6.355,9	16.985,3	1.113,9	976,3	3.660,8	876,8	257,6	10.443,6	7.025,5	1.177,1	5.580,5	10.918,1	4.293,8
	Emilia R.	14.881,6	549,5	88.254,8	2.183,2	3.415,5	48.024,4	6.686,4	15.747,1	-	54.685,8	11.507,0	63.473,2	26.562,3	27.447,2	5.027,5	41.109,0	54.143,1	9.283,6	32.864,0	41.593,7	10.798,8
	Toscana	7.552,3	437,2	14.676,7	552,9	818,6	5.876,5	1.637,5	42.376,8	16.433,5	-	30.769,1	9.047,0	46.493,5	5.971,3	1.763,0	34.256,3	18.456,1	5.447,8	20.051,3	22.548,9	6.280,7
	Umbria	348,4	51,2	1.533,8	98,4	55,0	697,7	211,3	269,5	1.783,3	15.022,3	-	9.669,5	47.072,9	2.700,2	842,9	4.312,3	4.257,5	1.359,9	3.028,8	2.072,7	783,0
	Marche	961,8	50,4	3.750,6	195,3	200,5	1.012,1	568,0	420,8	10.323,5	1.711,6	7.245,5	-	9.818,6	48.959,0	1.951,5	3.636,8	8.670,2	1.138,3	1.526,5	1.838,2	421,0
	Lazio	3.514,9	161,9	7.316,3	289,7	475,5	3.805,6	1.324,9	1.741,7	4.054,4	13.839,7	17.493,1	8.717,0	-	38.442,9	10.391,5	81.745,3	28.610,0	10.204,0	44.173,5	23.215,9	8.636,3
	Abruzzo	850,3	30,2	2.427,9	71,0	166,9	701,1	150,2	269,0	1.534,0	761,5	754,0	9.341,8	48.815,2	-	15.206,1	5.557,9	11.951,5	607,6	1.336,6	1.075,7	335,7
	Molise	206,5	1,6	401,0	5,8	8,8	126,4	23,0	44,7	211,1	321,4	165,4	244,7	19.094,9	9.880,1	-	38.400,5	12.705,5	668,4	731,6	309,5	60,2
	Campania	2.456,7	65,1	6.532,0	146,9	262,9	1.549,6	785,3	929,2	3.800,0	2.987,7	1.096,8	998,2	25.787,6	2.571,2	4.417,5	-	8.928,1	9.393,2	9.527,6	2.544,8	703,7
	Puglia	2.372,7	28,0	6.283,2	198,8	160,3	1.478,2	575,2	440,0	2.574,3	1.050,8	285,3	1.168,2	4.831,4	3.633,1	4.970,8	20.132,3	-	32.069,5	16.047,9	3.058,7	350,0
	Basilicata	657,0	1,1	1.074,2	7,5	6,5	121,7	67,8	67,3	615,6	347,7	124,2	87,1	1.255,9	185,9	109,7	28.334,6	20.999,6	-	9.762,3	397,1	51,4
	Calabria	2.177,9	99,9	4.352,9	71,6	43,2	642,8	161,9	505,9	1.321,7	733,6	203,9	156,0	3.472,9	204,1	80,7	3.834,6	1.604,1	3.040,6	-	5.577,7	77,6
	Sicilia	3.685,2	66,6	8.439,0	174,5	427,4	2.423,3	1.114,4	1.154,4	3.253,6	2.252,1	433,1	564,4	5.248,4	433,3	73,0	2.690,3	1.758,1	416,6	29.367,4	-	911,4
Sardegna	2.210,0	94,3	4.079,4	107,1	106,9	953,5	328,3	968,3	1.135,4	1.386,6	208,2	211,8	3.510,9	165,5	38,7	853,3	345,3	41,5	225,5	1.080,0	-	
B. Gesù	480,7	2,3	2.014,5	37,9	14,7	770,1	50,9	123,0	841,8	1.194,4	4.078,6	1.800,3	112.812,8	5.379,6	1.915,4	17.714,1	9.334,9	1.648,0	8.623,9	4.515,1	2.344,0	
Acismom	40,9	2,8	291,7	-	-	35,4	1,2	540,4	17,8	103,0	64,8	81,8	30.785,8	184,6	64,6	3.180,7	930,2	25,1	188,3	209,0	63,0	

* In rosso la situazione di maggior debito per ogni Regione

Dir. Resp.: Roberto Napoletano



SENATO/ Ecco il testo di medici e operatori da inserire nel Ddl omnibus in sede deliberante

«Ordini, la legge che vorrei»

Cambiano l'iter disciplinare e il sistema di voto - Professioni divise in tre

Se ne parla dagli anni Sessanta e ora il «sogno» di 340mila medici potrebbe essere a portata di mano. La riforma della legge istitutiva degli Ordini - Dlgs 233 del 1946 che riproduceva pedissequamente la cosiddetta «legge Giolitti», la 455 del 1910 - potrebbe finalmente andare in porto con l'approvazione, grazie all'assegnazione in sede deliberante al Senato, del Ddl omnibus sulle sperimentazioni cliniche (AS 2935), ex Ddl Fazio.

La riforma degli Ordini era già inserita in quel disegno di legge, come delega al Governo da affidare a una serie di provvedimenti attuativi. Ora, con il passaggio di status a dispositivo di legge, la Fnomceo ha messo mano di corsa, ma nel dettaglio, all'intero impianto dell'articolo 7 che la riguarda. Un Consiglio nazionale straordinario - reso urgente dalla prospettiva che già a metà mese la legge passi - martedì scorso ha dato ampia delega (11 gli astenuti) al presidente **Amedeo Bianco** a inviare agli uffici legislativi del ministero della Salute una nuova versione del testo, sostitutiva del vecchio articolo 7. Riveduta e corretta dal punto di vista tecnico, la proposta dovrebbe approdare velocemente in Senato.

Tra i punti salienti del provvedimento - molto voluto dal vertice Fnomceo, cui però una parte dei presidenti non ha risparmiato critiche di merito e di metodo - vi sono temi caldi e altri più «di cornice». Tra i primi, rientra senz'altro la revisione del procedimento disciplinare: il nuovo articolo 7 introduce la separazione della funzione istruttoria da quella giudicante, oggi in seno all'Ordine di riferimento del medico da sottoporre a provvedimento disciplinare. La ratio sta nel tutelare i medici «a garanzia del diritto di difesa, dell'auto-

Cosa cambia per i camici bianchi	
FUNZIONE DISCIPLINARE. Vengono separate istruttoria e giudizio: la prima spetta a Collegi istruttori di Albo, costituiti in ogni Regione e P.a. e composti da 5-11 iscritti sorteggiati tra i componenti delle Commissioni disciplinari garantendo la rappresentanza degli Ordini. Gli organi rappresentativi degli Albi di uno stesso Ordine esercitano le funzioni disciplinari e quelle gestionali comprese nell'ambito delle competenze proprie. I rappresentanti di Albo eletti si costituiscono come Commissione disciplinare di Albo con funzione giudicante. Al Consiglio direttivo spetta di dare esecuzione ai provvedimenti disciplinari operanti nei confronti di tutti gli iscritti negli Albi	
SISTEMA ELETTORALE E INCARICHI. Le votazioni devono aver luogo con forme e modalità che ne garantiscano la piena accessibilità in ragione della numerosità degli aventi diritto, dell'ampiezza territoriale e delle caratteristiche geografiche. Il Presidente predispone ed è responsabile del procedimento elettorale. I componenti del Consiglio durano in carica 4 anni	
SFIDUCIA. Il Presidente, il vicepresidente, il tesoriere e il segretario possono essere sfiduciati, anche singolarmente, dalla maggioranza dei due terzi degli aventi diritto	
TASSE DIVERSIFICATE. Diventa possibile diversificare le quote associative	
ENTRATA IN VIGORE DELLA NUOVA LEGGE. All'attuazione della presente legge si provvede mediante uno o più Regolamenti adottati con Dms entro 18 mesi dalla data dell'entrata in vigore, da esprimersi entro 90 giorni dalla richiesta	

IN RETE

@ La sintesi e la bozza del nuovo articolo 7 inviato dal vertice Fnomceo al ministero della Salute

www.24oresanita.com

nomia e della terzietà del giudizio disciplinare», come si legge nel documento. Proprio questo punto ha incontrato però più d'una resistenza: «La vera terzietà - è l'opinione delle voci critiche rispetto alla decisione adottata - si sarebbe ottenuta mantenendo in seno all'Ordine la fase istruttoria e delegando all'esterno il giudizio».

Con la nuova bozza la fase delle indagini è assegnata a Collegi istruttori di Albo, istituiti in ogni Regione e Provincia autonoma e composti da un numero «tra 5 e 11 iscritti sorteggiati tra i componenti delle Commissioni disciplinari, garantendo la rappresentanza degli Ordini». Ai Collegi spetterà di illustrare «all'organo giudicante gli atti e le motivazioni per il proscioglimento o per

l'attivazione del procedimento disciplinare». E anche qui non sono mancate critiche, sulla scelta di affidare a un sorteggio l'individuazione dei consiglieri incaricati di condurre la delicata fase istruttoria.

Altra novità di rilievo del testo votato dal Consiglio Fnom è l'introduzione dell'obbligo di iscrizione all'Ordine per i medici dipendenti, già prevista ma in formulazione diversa nel vecchio articolo 7 del Ddl Fazio.

Il documento tenta poi di sciogliere il rebus del meccanismo elettorale: le votazioni - in tre giorni consecutivi, dei quali uno festivo - dovranno avere luogo «con forme e modalità che ne garantiscano la piena accessibilità in ragione della numerosità degli aventi diritto, dell'am-

La proposta per le professioni		
Ordine	Professioni	Iscritti totali
Infermieri	Infermieri, infermieri pediatrici	393.985
Ostetriche	Ostetriche	10.296
Tecnici sanitari di radiologia medica delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione	Tecnico di radiologia medica, assistente sanitario, fisioterapista, tecnico di laboratorio, educatore professionale, logopedista, dietista, ortottista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria, tecnico ortopedico, tecnico della riabilitazione psichiatrica, audioprotesista, igienista dentale, tecnico neurofisiopatologia, terapista neuropsicomotricità età evolutiva, podologo, audiometrista, terapista occupazionale	190.703



piezza territoriale e delle caratteristiche geografiche». Di fatto si sdogana la possibilità di forme alternative al seggio: dal voto per posta a quello elettronico, che per quanto riguarda la delicata questione della tutela della privacy si presume saranno disciplinate nel dettaglio in fase di regolamento attuativo.

Si allunga da tre a quattro anni la durata in carica di ogni esecutivo. È «passata» la possibilità che il presidente sia sfiduciato.

Il testo dà il via anche alla previsione di quote associative differenziate. Una procedura di fatto già presente in alcuni Ordini, fino a oggi riservata a iscritti giovani o anziani. Altra particolarità: per l'iscrizione all'albo non è più necessario essere cittadino italiano.

Anche nell'ottica della revisione delle Province - di cui peraltro sono già noti i nuovi confini - il capo I mira a garantire i 35 presidenti che a fine mandato dovranno necessariamente tornare a casa: «Il ministero della Salute - si legge ancora nella bozza approvata dalla Fnom - su proposta delle rispettive Federazioni nazionali e d'intesa con gli Ordini interessati può disporre che un Ordine abbia per circoscrizione due o più Province finitime o con una diversa configurazione territoriale intra o interprovinciale».

Nel Ddl omnibus approderà anche l'ennesima proposta di creazione dell'Ordine professionale per le professioni sanitarie: in tutto 594.984 operatori. Questa volta si punta alla trasformazione de-

gli attuali Collegi in altrettanti Ordini professionali e per le 17 professioni che ne sono prive (159.100 operatori) a uno solo Ordine: quello dei tecnici sanitari di radiologia medica delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

I Collegi e le rispettive Federazioni nazionali dei Collegi delle professioni sanitarie di infermiere, vigilatrice d'infanzia (393.985 operatori), assistente sanitario (6.164 operatori), di ostetrica (10.296 operatori) e di tecnico sanitario di radiologia medica (25.439 operatori) si trasformano in Ordine e Federazione nazionale degli Ordini.

All'interno di questi sono istituiti gli albi per le professioni sanitarie previste dalla legge 251/2000, diverse dai tecnici sanitari di radiologia medica e dagli assistenti sanitari, ai quali possono iscriverne i laureati abilitati all'esercizio di queste professioni e i possessori di titoli equipollenti o equivalenti al diploma universitario.

Sarà poi un regolamento della Salute a inserire gli albi (compreso quello degli assistenti sanitari) negli Ordini provinciali e nella relativa Federazione nazionale dei tecnici sanitari di radiologia medica che cambierà nome, appunto, in Ordini provinciali e Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. All'interno dell'Ordine e della Federazione sono previste l'autonomia gestionale e disciplinare per ciascun albo professionale con l'istituzione di specifiche commissioni d'albo e la garanzia della rappresentanza di ciascuna professione negli organismi dirigenti ordinistici.

**Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi**

L'attuazione del decreto Balduzzi appesa alla volontà delle Regioni di aprire il confronto

Cure primarie della discordia

La sfida più difficile: attuare subito l'h24 senza far lievitare i costi

Tra le incognite il destino del Patto

Ora che il decreto Balduzzi è diventato legge tocca alle Regioni decidere il da farsi sul riordino delle cure primarie. Due le alternative: emanare subito l'atto di indirizzo per riaprire il tavolo di confronto con i sindacati e aggiornare la parte normativa delle convenzioni dei professionisti oppure temporeggiare, in attesa che si definisca meglio la partita del Patto per la salute. Correndo il rischio, però, in quest'ultimo caso, che tra sei mesi il prossimo ministro della Salute provveda con decreto.

La Fimmg, il maggior sindacato dei medici di famiglia, ha subito cominciato il pressing invitando le amministrazioni locali «a fare la propria parte». Ma anche ammorbidendo i toni. Va in questa direzione l'appello che lancia alle Regioni il segretario **Giacomo Milillo**: «Incontriamoci a un tavolo politico prima ancora che a quello negoziale per capire quali sono i reciproci obiettivi. Io sono convinto che non sono così distanti».

Nonostante i segnali di distensione lanciati dai medici, le prossime mosse sono tutte ancora da definire. Un po' per la particolare situazione politica di grandi Regioni come il Lazio e la Lombardia, un po' perché il decreto ha lasciato molte amministrazioni spiazzate, per non dire arrabbiate (si veda il malumore dei tecnici

regionali raccolto sul Sole-24 Ore Sanità n. 39/2012). Sono in molti a sentirsi «traditi» e «delusi» dal ministro Balduzzi e dal Parlamento. E sono in tanti a ritenere che il riordino sia sbilanciato a favore della medicina generale, vista come asso pigliatutto «che assorbe l'intera assistenza primaria».

La Sisac, la struttura interregionale che rappresenta la parte pubblica nelle trattative con i medici convenzionati, è in attesa. «Ci stiamo preparando per corrispondere alle decisioni future del Comitato di settore», dice il coordinatore **Franco Rossi**. «Attendiamo indicazioni».

Tecnicamente, adeguare le convenzioni con il Ssn dei 68mila medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali (dati aggiornati della Sisac) al dettato dell'articolo 1 del decreto non è difficile. Molto più complicato è mettere nero su bianco le novità senza innescare automaticamente un incremento economico-finanziario. Perché ciò che il provvedimento ripete in tutte le salse è che qualsiasi modifica - inclusa la ristrutturazione dell'assistenza territoriale in aggregazioni funzionali e unità complesse di cure primarie per garantire risposte h24 - dovrà avvenire senza oneri aggiuntivi.

Il 20 novembre potrebbe essere la prima occasione di confronto post decreto tra il ministro e gli assessori regionali: sono tutti attesi all'apertura del 7° Forum di Arezzo sul risk management in Sanità. E non è un caso che proprio ad Arezzo la Fimmg abbia deciso di convocare un Consiglio nazionale straordinario per cominciare a definire la piattaforma.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Medicina convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2012

Regione	Comparto			Totale complessivo
	Mmg Assistenza primaria	Specialisti ambulatoriali	Pediatri	
Abruzzo	1.122	301	179	1.602
Basilicata	515	81	62	658
Calabria	1.582	646	278	2.506
Campania	4.518	2.659	791	7.968
Emilia R.	3.144	1.021	614	4.779
Friuli V.G.	978	176	123	1.277
Lazio	4.839	2.377	795	8.011
Liguria	1.262	459	172	1.893
Lombardia	6.644	1.299	1.204	9.147
Marche	1.201	288	180	1.669
Molise	272	86	37	395
Piemonte	3.246	1.257	447	4.950
Pa. Trento	374	113	77	564
Puglia	3.255	725	576	4.556
Sardegna	1.308	741	212	2.261
Sicilia	4.209	821	798	5.828
Toscana	2.865	937	450	4.252
Umbria	758	151	114	1.023
V. Aosta	90	18	18	126
Veneto	3.372	1.298	574	5.244
Totale comp.	45.554	15.454	7.701	68.709

Inclusi medici a incarico provvisorio attribuito dall'azienda. Gli specialisti ambulatoriali non includono veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, psicologi e chimici).
Fonte: Sisac - rilevazione deleghe sindacali 1° gennaio 2012



LAVORO E SALUTE

La politica del bene comune

di **Francesco Antonioli**

Alla fine il conto potrebbe essere salatissimo per tutto il sistema-Paese. Non soltanto per gli operai e i cittadini di Taranto, ormai da troppo tempo dentro un dramma il cui finale rischia di diventare peggiore ogni giorno che passa. Ciò che ha detto ieri il presidente dell'Ilva Bruno Ferrante durante l'audizione alla Commissione Lavoro del Senato è chiaro quanto preoccupante: la chiusura, anche parziale, del polo siderurgico pugliese avrebbe ripercussioni - oltre che sugli stabilimenti della società in Liguria e nel basso Piemonte - sull'intera economia italiana, con le aziende costrette ad acquistare acciaio all'estero. Uno scenario già noto, purtroppo, ben studiato da Federacciai già lo scorso agosto.

Ferrante ha auspicato «responsabilità politica» visto che il gruppo siderurgico - ecco il suo argomentare - scegliendo di restare a Taranto sta dimostrand

do «responsabilità sociale d'impresa». È una delicatissima partita a scacchi: sulle spalle, lo si sa, di migliaia di persone. L'inquinamento ha radici - e responsabilità, in questo caso, civili e penali - antiche e recenti sulle quali è giusto che la magistratura indaghi con rigore. Ma l'evolvere della situazione - cui si è aggiunta ora la questione della cassa integrazione per duemila addetti non dovuta al sequestro degli impianti, ma alla minor domanda del mercato - è implacabile.

Vieppiù adesso si sta dimostrando in modo molto nitido che l'innescare di posizioni preconcette, ideologiche e rigide (ambientaliste, sindacali, giudiziarie, aziendali) non genera altro che un meccanismo distruttivo. Salute e ambiente vanno tutelati, così come i livelli occupazionali. Nulla è ancora definitivamente compromesso, ma il punto di non ritorno potrebbe non essere

lontano se non ci s'impegna a far prevalere un'intelligente ragionevolezza. Taranto non può diventare un sito di archeologia industriale. È l'Italia tutta - dove tanto si parla in questo periodo di "bene comune" - che non può proprio permetterselo. Ma i "decisionari" pubblici e privati lo hanno davvero a cuore?

 @FAntonioli



Il caso Taranto/2. Presto la «valutazione di congruità» sul piano con cui la società intende attuare l'Aia

Da Clini una risposta entro venerdì

TARANTO

■ Potrebbe arrivare già venerdì prossimo il giudizio definitivo del ministero dell'Ambiente sul piano industriale con cui l'Ilva intende attuare le prescrizioni ambientali e impiantistiche dell'Aia nel siderurgico di Taranto. Il ministro Corrado Clini la definisce «valutazione di congruità» e si dice fiducioso che possa esserci «prima del fine settimana».

Tre anni di lavoro, una stima finanziaria di 3,5 miliardi, più cantieri e più imprese in attività all'interno dello stabilimento, avvio dal rifacimento dell'altoforno 1 a dicembre: ecco il percorso che delinea il piano dell'Ilva. Clini ha già espresso un primo giudizio favorevole venerdì scorso, delegando però ai tecnici ministeriali un esame più approfondito. Ora l'Ilva attende il via libera del ministero per il secondo passo: la presentazione del piano alla Procura per chiedere il dissequestro degli impianti. «La nostra posizione è molto lineare», dice il presidente dell'Ilva, Bruno Ferrante, ieri ascoltato dalla commissione Lavoro del Senato. «Abbiamo intenzione di applicare l'Aia e presentato un piano operativo. Attendiamo di conoscere la decisione del ministero, ma presupposto fondamentale per l'applica-

zione dell'Aia è la piena disponibilità, materiale e giuridica, degli impianti». «Con non poche difficoltà abbiamo lavorato tutto questo periodo con il Governo per la nuova Aia - rileva Ferrante -; è nostra volontà proseguire verso l'applicazione. Si tratta di disposizioni pesanti, molto severe. Gli investimenti relativi ai parchi minerali sono molto costosi e gravosi da sostenere». L'Aia ne chiede la copertura: si tratta di intervenire su un'area di 75 ettari dove sono stoccati all'aperto carbon fossile e minerali di ferro. Aggiunge Ferrante: «Stiamo lavorando, ma la nostra disponibilità a predisporre il piano industriale, con indicazioni finanziarie e aspetti occupazionali, è negata dal sequestro». E anche se dal giorno del sequestro la produzione difatto è andata avanti, l'Ilva pone ora il problema in termini di accessibilità e di agibilità delle aree produttive e degli impianti.

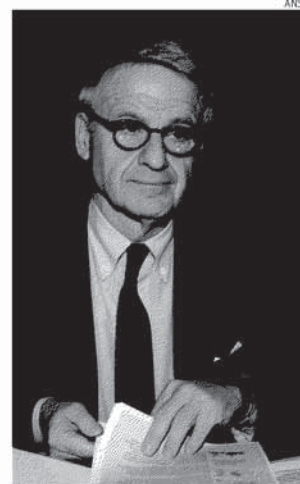
Per l'azienda sarebbe molto complicato gestire e coordinare cantieri e imprese con un sequestro che la obbliga a ricorrere preventivamente ai custodi per il rilascio delle autorizzazioni. C'è infine il problema della responsabi-

tà, essendo la parte sequestrata affidata agli stessi custodi. Resta da vedere se l'Ilva chiederà il dissequestro totale o per singoli blocchi di impianti.

D.Pa.

IL PROGETTO

Necessari tre anni di lavori, un fabbisogno finanziario di 3,5 miliardi di euro e l'avvio del rifacimento dell'Afo1 in dicembre



Corrado Clini. Ministro dell'Ambiente nel governo Monti



L'editoriale
dei
lettori

LA NOSTRA SANITÀ E QUELLA USA

LEONARDO CECCA

Purtroppo sembra che siamo destinati ad assistere impotenti ai «bollettini di guerra» che riguardano la sanità, ove è un susseguirsi di scandali, di sperperi, di ospedali finiti da anni e mai entrati in servizio, oppure sottoutilizzati, di macchinari rimasti imballati e non più utilizzabili, di degenti «curati» in modo discutibile, di ritardi ingiustificati nei soccorsi e di liste di attesa infinite come se di ospedali non ce ne fossero a sufficienza. Ultimamente a questi episodi indegni di un paese civile si è aggiunta la protesta contro il governo che intende ridurre il budget per la sanità e i posti letto.

Nel 2007 dopo l'uscita del film *Sicko* di Moore, assai critico nei confronti della sanità Usa, da parte di un nostro ministro, cavalcando la frottole che gli americani poveri non possono curarsi, ci fu la spudoratezza di invitare i poveri americani a curarsi in Italia. Spero e mi auguro che se il Pd dovesse vincere le prossime elezioni il predetto invito non venga rinnovato agli americani in quanto sicuramente la maggior parte morirebbe nell'attesa di un'ambulanza o nella sala di attesa di un pronto soccorso.

A proposito di spese sanitarie posso assicurare, per esperienza personale documentata da fatture, che una prestazione presso la Mayo Clinic di Rochester (Minnesota), uno dei templi della medicina dove nulla è trascurato, nemmeno il superfluo come l'arredamento della stanza di degenza in sintonia con l'età ed i desideri del paziente, ha avuto un costo inferiore e tempi di attesa più brevi di un'analoga prestazione (a pagamento) in un buon ospedale italiano che non è paragonabile a

quello americano. Ricordo che l'interprete, che aveva un forte raffreddore, alla mia domanda: «Noi italiani veniamo qui per farci curare e tu, che vivi in questo tempio della medicina, non ti curi»? Ironicamente rispose: «Qui il medico ti prescrive un farmaco solo se prettamente necessario e non come in Italia che quando andate in farmacia sembra che andiate al supermercato».



INFLUENZA

TRE VIRUS IN CIRCOLAZIONE

L'influenza arriverà con le feste di Natale e metterà a letto dai 4 ai 6 milioni di italiani, l'8% della popolazione. Il virus non è ancora stato isolato, ma in base alle rilevazioni della Società Italiana di Medicina Generale (Simg) da metà ottobre ben 627.600 persone sono state colpite da malattie respiratorie acute. «Vogliamo raggiungere con il vaccino almeno l'80% della popolazione "fragile", in particolare malati cronici, anziani e bambini, sui quali anche un virus debole può avere conseguenze pesanti – afferma il dottor Claudio Cricelli, presidente della Simg. Il nostro consiglio è ricorrere all'immunizzazione, fino a fine dicembre, termine ultimo indicato dal **Ministero della Salute**». Quest'anno i virus influenzali in circolazione saranno tre. «Abbiamo iniziato le rilevazioni quattro settimane fa – conclude il dottor Cricelli – e dagli ultimi dati risulta con evidenza che le malattie respiratorie simili all'influenza stanno avanzando».



DOPO I TAGLI, DIVENTERÀ UN'IMPRESA TROVARE POSTI LETTO IN OSPEDALE?

LA SPENDING REVIEW LI RIDUCE, NONOSTANTE SIANO GIÀ AL DI SOTTO DELLA MEDIA EUROPEA. FORSE SI POTEVA PROCEDERE IN MODO PIÙ "CHIRURGICO"


RISPONDE
Ignazio Marino

chirurgo e senatore Pd

Sì. Drammaticamente sì. Il taglio dei posti letto è stato deciso con l'approvazione della spending review nonostante l'Italia sia già molto al di sotto della media europea dei 5,2 letti ogni mille abitanti. Il provvedimento avrebbe potuto e dovuto essere accompagnato da un aumento dei posti per la riabilitazione e la lungo degenza, essenziali per l'assistenza ad anziani o a pazienti che devono recuperare la loro qualità di vita dopo eventi gravi, come un infarto o un ictus. Meglio avrebbe fatto il governo a utilizzare un metodo chirurgico, eliminando reparti non efficienti: al Policlinico Umberto I di Roma sono 15 i reparti di chirurgia dove si interviene sul tumore allo stomaco ma su 82 interventi del 2011, un solo reparto ne ha eseguiti 16, mentre gli altri si sono fermati a meno di dieci. Reparti del genere non operano in sicurezza, nonostante il personale presti servizio con serietà. E ci sono altri sprechi che avrebbero dovuto essere colpiti da tempo. In Molise, per esempio, ci sono due neurochirurgie per 250 mila persone quando le indicazioni scientifiche internazionali affermano che ne occorre una ogni milione e mezzo di abitanti. Che dire poi dei 35 reparti di emodinamica del Lazio di cui solo 6 attivi 24 ore su 24, delle 20 cardiocirurgie della Lombardia?

Aggiungo che non è comprensibile la decisione di dare altri tre miliardi alla costruzione di cacciabombardieri F35 per un totale di 18 miliardi mentre se ne tagliano 23 alla sanità pubblica. Un centinaio in meno di queste inutili macchine da guerra garantirebbero di evitare i tagli al servizio sanitario.

3,7

posti letto ogni mille abitanti: è questo l'obiettivo della spending review. Oggi sono 3,82

231.707

erano i posti letto al 1° gennaio, di cui 195.922 per gli "acuti" e 35.785 per il lungodegenti

- 7.383

è il taglio previsto dalla spending review. La diminuzione dovrebbe incidere solo sui posti letto per malattie di breve durata e non sulle lungodegenze, che anzi dovrebbero essere incrementate



DOVE ARRIVEREMO? Una sovraffollata corsia d'ospedale.

Nuova Carta dei diritti del malato

■ **CITTÀ DEL VATICANO** Il «**ministero della Salute**» del Vaticano sta lavorando a un aggiornamento della sua Carta dei diritti del malato che contempli le più recenti problematiche collegate ai temi della bioetica e alle recenti acquisizioni della medicina. Sempre entro il 2013 il dicastero intende inoltre pubblicare un Index degli ospedali cattolici nel mondo, stimati attorno ai 120.000. Lo ha detto mons. Zymowski, presidente del Pontificio consiglio degli operatori sanitari, rispondendo a domande sulla XXVII conferenza internazionale del suo dicastero, che si terrà in Vaticano da domani a sabato, intitolata all'ospedale come luogo di evangelizzazione. Vi parteciperanno anche il ministro italiano della Salute, **Balduzzi** e il presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Garaci. Nella nuova Carta, ha confermato padre Chendi, sottosegretario del dicastero vaticano, «registreremo i diversi interventi del magistero sulle nuove materie, tra cui idratazione e alimentazione nel fine vita, o le metodiche» collegate all'infertilità.



Salute Allarme celiachia Aumentano i malati: in un anno il 19% in più

ROMA. Troppo pochi i pazienti italiani cui è stata diagnosticata la celiachia. Sulla malattia il ministero della Salute ha da poco depositato una relazione al Parlamento. In Italia i celiaci diagnosticati sono 135.800: nel 2011, rispetto al 2010, è stato registrato un aumento delle diagnosi del 19%, mentre dell'1% è la prevalenza a livello globale del disturbo. Questo significa che nel nostro Paese i celiaci dovrebbero essere circa 600.000. Le più colpite sono le donne, essendo la malattia mediata da fattori or-

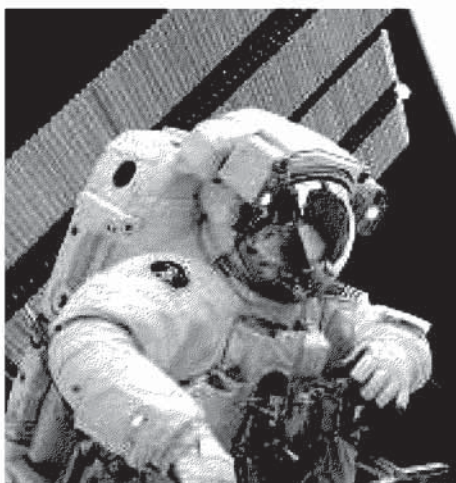
monali. Al momento non esiste alcuna cura in grado di guarire i pazienti, anche se una pillola contro la celiachia è in fase avanzata di validazione. Al momento l'unica soluzione resta quella della dieta senza glutine.



Dallo spazio cure mirate contro l'invecchiamento

■ Studiare il comportamento delle nostre cellule durante le missioni spaziali può essere d'aiuto per mettere a punto nuove strategie con cui contrastare le sempre più numerose patologie collegate all'invecchiamento. È questa la tesi di fondo che ha permesso a una studentessa dell'Istituto di Scienze della Vita della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Ivana Baravecchia, di aggiudicarsi un premio prestigioso come lo «Young Investigator», assegnatole a Brindisi dalla «Italian Society for Space Biomedicine and Biotechnology», a margine del suo sesto congresso. L'allieva del corso di perfezionamento in «Strategie innovative in biomedicina» ha presentato un lavoro sviluppato nell'ambito di un progetto più ampio, noto come «Effects of space flight on endothelial function», selezionato dall'Esa, l'ente spaziale europeo, e diretto da Debora Angeloni, ricercatrice del Laboratorio di Scienze Mediche alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Al centro delle ricerche ci sono gli effetti dei voli spaziali sulle cellule endoteliali, vale a dire quelle che rivestono i vasi sanguigni. Potrebbe sembrare un interesse «di nicchia», ma non è affatto così. Se sono ormai note le numerose ricadute sulla vita quotidiana prodotte dalle missioni aerospaziali,

ora le analisi più recenti svelano come i danni all'organismo causati dalla prolungata assenza di gravità mimano, provocando una sorta di accelerazione nei tessuti, le patologie degenerative dell'invecchiamento. «Caratterizzare questi danni - spiega Debora Angeloni - potrà condurci alla scoperta di percorsi di patogenesi importanti non soltanto per gli equipaggi, soprattutto quelli destinati a missioni di lunga durata, ma anche per le tante persone sulla Terra, aggredite dalle malattie dell'invecchiamento, sempre più frequenti con l'aumentare della vita media». Ecco perché - aggiunge - gli studi di frontiera sui danni biologici associati alla permanenza nelle navicelle e a bordo della Stazione spaziale internazionale rappresenta una possibilità molto importante, che fino a pochi anni fa sarebbe stata considerata impensabile. L'obiettivo di lungo periodo - conclude la studiosa - è riuscire a elaborare «strumenti di prevenzione e di cura molto più efficaci di quelli disponibili attualmente».



Cicatrici addio, c'è la nuova terapia laser

La ricerca Interventi hi-tech per curare eventuali sfregi da trauma

Emanuela Sorrentino

Arriva il laser che cancella le cicatrici. Lo studio è stato compiuto dall'équipe del reparto di chirurgia plastica ricostruttiva della Seconda università di Napoli, guidata dal prof Francesco D'Andrea, su un campione di 50 pazienti che presentavano cicatrici molto gravi alcune in zone del corpo che ne impedivano i movimenti funzionali come collo, braccio o gambe. L'innovativa terapia laser, in grado di curare le cicatrici causate da interventi chirurgici, è stata presentata a Palermo in occasione del

recente congresso Sicpre.

La tecnica ha dato soddisfacenti risultati anche per le cicatrici da trauma causate per la maggiore parte dei casi da incidenti stradali. «I pazienti sottoposti a questa tecnica - sottolinea D'Andrea - hanno avuto un miglioramento del 70%». La Laser med therapy è in grado, grazie anche alla capacità del medico che lo utilizza, di ridurre i tempi di guarigione, se prima erano necessari 30 o 40 giorni oggi ne bastano cinque poi ovviamente dipende dal tipo di cicatrice che si va a trattare. La durata della seduta è di mezz'ora e il giorno successivo nella maggior parte di casi si può tran-

quillamente riprendere una vita sociale e lavorativa normale, ma è sempre cura del medico decidere in base alle esigenze del paziente e alla zona trattata. In campo sanitario la terapia con questo laser è stata sperimentata anche in oncologia per attenuare le cicatrici post intervento al seno.

Dal campo medico sanitario si passa a quello della medicina estetica dove si sono ottenuti grandi risultati anche per l'antiaging. Il nuovo laser, infatti, è in grado di cancellare del tutto le rughe perilabiali, le cosiddette rughe del bacio o della sigaretta, piuttosto che quelle da acne e del contorno occhi.

Lo scopo, insomma, è anche quello di far durare la bellezza oltre la giovinezza.

Di storie da raccontare ce ne sono tante. Tra queste l'esperienza di una ragazza di 24 anni rimasta sfigurata in volto a seguito di un incidente stradale e che ha riportato ustioni di terzo grado in alcune parti del corpo. Dopo i trattamenti durati due mesi, la giovane ha quasi ritrovato il suo aspetto naturale, con ricadute positive sul suo stato psicologico. «È solo una delle storie che mi hanno più colpito - aggiunge D'Andrea - La ragazza mi ha ringraziato dicendomi che con la mia équipe le ho ridato la vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La chirurgia Arriva il laser che cancella le cicatrici

14 | Speciale

Cicatrici addio, c'è la nuova terapia laser

A

MASULLO

CALVIZIE

UNA TECNICA RIVOLUZIONARIA

AUTOTRAPIANTO

UNA TECNICA RIVOLUZIONARIA

F.U.E. FOLLICLE UNIT EXTRACTOR

Info 800.145.323 o sul sito www.fuehair.it

L'esperto risponde

Maurizio Casasco
Presidente
medici sportivi

Il medico può prescrivere sport come se fosse un farmaco?

«Proprio come un vero farmaco l'attività fisica può migliorare la salute dei pazienti. Ma solo se somministrata in quantità e modi corretti. Per questo noi medici sportivi abbiamo lavorato su programmi specifici a seconda dell'età, delle condizioni generali e dell'eventuale patologia. Come tutte le terapie necessita di una prescrizione corretta. È necessario rivolgersi allo specialista. L'esercizio-terapia deve essere prescritto da uno specialista che sa valutare il rischio e sa dosare frequenza e durata. Un programma basato sui parametri biologici soliti come altezza, peso e pressione. Tenendo conto dell'efficienza fisica. Arriveremo presto a prescrivere il tipo di sport sulla ricetta. Noi italiani siamo stati tra i primi a lavorare in questa direzione tanto che la Federazione europea dei medici sportivi ha deciso di adottare le nostre linee guida in questa materia».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

