

Torna la lotteria dei test è assalto a Medicina solo uno su sei ce la farà

Ci provano in 65 mila, 7 mila in più del 2010

Più logica e meno nozioni ma non spariscono le domande di cultura generale
A Roma, Milano e Pavia gli aspiranti dottori dovranno cimentarsi con la lingua inglese

CORRADO ZUNINO

ROMA — Mancano medici e chirurghi, le facoltà di Medicina e Chirurgia tornano ad attrarre gli studenti. La Generazione precaria, e appena maturata, ha letto della veneranda età media di chi sta in corsia (56 anni), di una crisi di specialisti e radiologi alle porte e quest'estate si è iscritta in massa al test per accedere a Medicina, a Odontoiatria, ai ventidue corsi di laurea satellite. Dal 1997, ricordiamo, l'accesso alle facoltà mediche è a numero chiuso. Alla vigilia del 5 settembre (data del quiz nazionale di selezione) saranno tra i 63 e i 65 mila gli aspiranti medici italiani registrati per la prova di selezione: settemila in più dell'anno scorso. All'Università di Torino l'aumento è del 9 per cento, a Parma del 14, a Palermo del 20 per cento.

In generale, in tutte le facoltà italiane di Medicina e Odontoiatria entrerà uno ogni sei partecipanti: i posti disponibili sono 10.360. Nelle grandi città il filtro sarà ancora più stretto. A Bologna e Parma andrà a lezione un iscritto al test ogni otto, uno ogni nove a Roma, uno ogni dieci a Bari, uno ogni tredici a Napoli. I candidati dovranno ottenere un punteggio minimo di 20/80, ma per avere garanzie

di ingresso sarà per loro necessario posizionarsi alti in classifica. Per dare la possibilità a ogni studente di provarci in più atenei, poi, il ministero dell'Istruzione prova aggregazioni regionali. In Friuli il test varrà contemporaneamente per Trieste e Udine: chi non entra nella graduatoria più difficile, sarà trasferito in quella più accessibile. Alla Sapienza di Roma ci sarà un unico quiz per sei corsi di laurea.

Ottanta domande, cinque risposte, una sola valida. Il test si dividerà in cultura generale e nozioni scientifiche. Già, la criticata "cultura generale" non è stata spazzata via, solo ridimensionata. Con lei hanno resistito le domande sull'habeas corpus, l'umiliazione di Canossa, la guerra d'indipendenza americana. Il ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini, però, ha chiesto ai suoi tecnici di dare più spazio al ragionamento logico-deduttivo rispetto alle citazioni di Seneca. D'altro canto, i test possono essere preparati solo sulla conoscenza attuale del candidato-matricola, che è quella assunta alle scuole medie superiori. Tra le novità dei test di Medicina si segnala l'ingresso sperimentale (alla Statale di Milano, alla Sapienza di Roma, all'Università di Pavia, ma anche a Londra) di domande in inglese, queste preparate dall'Università di Cambridge. Non è ancora passata, invece, la proposta di offrire allo studente con inclinazioni mediche la possibilità di usare il voto conseguito alla maturità: le banche dati delle superiori non registrano ancora i "vecchi diplomati", coloro che si avvicinano solo in un secondo tempo all'università (sono un terzo del totale).

Le private anticipano la prova di Medicina: martedì ci sarà il test di ammissione alla Cattolica di Roma, il giorno dopo al San Raffaele di Milano. Per le università pubbliche prova nazio-

nale unica lunedì 5 settembre. A Genova, dove le iscrizioni si chiudono solo mercoledì prossimo, si viaggia a centocinquanta registrati al giorno. Roma-Sapienza con 7.287 candidati ha fatto segnare un record storico. A Bari il contributo di 45 euro versato da ogni studente (900 mila euro in tutto) come proposto dalla Link sarà investito solo in servizi per i ragazzi. Ecco, Bari. Il rettore Corrado Petrocelli, dopo gli scandali delle ultime stagioni, sta allestendo aule con metal detector: il test si svolgerà sotto il controllo di decine di vigilantes, dipendenti dell'università e una rappresentanza di studenti.

Secondo le statistiche del ministero dell'Istruzione, il rapporto più favorevole per l'ammissione si registra all'Università di Siena. All'Aquila, invece, si entra con il voto più basso d'Italia. Già, l'assalto a Medicina oggi è vissuto come un investimento sul futuro. In Lombardia i sindacati dei medici hanno chiesto di riaprire i "numeri chiusi" delle università perché gli ospedali non hanno personale sufficiente: ci sono più pensionati che ingressi in corsia e nei prossimi cinque anni mancherà il 40% dei medici. Per ora gli atenei mantengono le medie degli ultimi quindici anni: un iscritto al primo anno in Medicina ogni tre posti letto al policlinico di riferimento. E di fronte a una richiesta di posti in più all'università, la Gelmini (consultati il collega Ferruccio Fazio e soprattutto Giulio Tremonti) ha concesso un aumento del tredici per cento spalmato sugli ultimi due anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I test di Medicina (e Odontoiatria)

Le novità

80 domande

scientifiche
biologia: 20 quesiti
chimica: 25
fisica e matematica: 12

cultura generale e logica
23 quesiti

RISPOSTE
una barra sulla risposta giusta tra cinque

TEMPO A DISPOSIZIONE
2 ore

Soglia minima per accedere alla facoltà

20 risposte giuste su 80

L'accesso, però, dipende dal numero di posti disponibili.

Per lo studente la scelta generale ha più importanza. Anche se bisogna essere capaci ed essere waterpolo.

Partecipanti al test e posti disponibili



Candidati al test



Test d'inglese suppletivo: (9 settembre)
■ Statale di Milano
■ La Sapienza di Roma
■ Pavia

Le università a numero chiuso



Le date

- Medicina e Odontoiatria: 5 settembre
- Veterinaria: 6 settembre
- Architettura: 7 settembre
- Corsi primo livello Area sanitaria: 8 settembre

Da dieci anni l'autonomia consente ad alcune singole università di richiedere test, imporre numeri chiusi e tetti ai corsi di laurea.

Politecnico di Torino

- Accesso programmato solo per Ingegneria dell'autoveicolo e della produzione industriale

Politecnico di Milano

- Quasi tutti i corsi a numero chiuso
- A livello locale Facoltà di Economia, Psicologia, Farmacia, Scienze Mfn (ci sono i test ma spesso i posti disponibili sono più numerosi dei partecipanti)

Le facoltà

- Veterinaria**: 958 posti disponibili. 25 quesiti di chimica, 23 cultura generale, 20 biologia, 12 fisica e matematica.
- Professioni sanitarie**: 37.481 posti. Per le 22 professioni sanitarie prove simili a Medicina-Odontoiatria.
- Architettura**: 8.760 posti. 32 quesiti di cultura, 19 storia, 16 disegno, 13 matematica e fisica.
- Scienze della Formazione**: 5.151 posti.

RITORNO AL PASSATO TUBERCOLOSI QUESTA SCONOSCIUTA

Il caso dei bimbi contagiati a Roma riporta l'attenzione sulla tb: un'emergenza che sembrava lontana. Tutte le difficoltà a riconoscerla...

CRISTIANA PULCINELLI

Il caso dei bambini contagiati dal bacillo della tubercolosi a Roma ha riportato in primo piano un'emergenza che sembrava lontana per l'Italia. Così lontana che probabilmente anche la diagnosi di questa malattia viene rallentata dalla difficoltà a riconoscerla. In effetti, la tubercolosi, che tra il XIX e l'inizio del XX secolo in Europa era considerata una malattia endemica, dopo la seconda guerra mondiale, ha conosciuto un rapido declino. In Italia si è passati da 25 casi per 100.000 abitanti nel 1955 a 7 casi su 100.000 nel 1980. Tuttavia, da allora la malattia è rimasta stabile. E, in alcuni casi può creare ancora focolai epidemici pericolosi. Convien quindi saperne qualcosa di più.

IL CONTAGIO

I bacilli sono emessi dalle vie respiratorie delle persone con tubercolosi polmonare. In genere non basta un contatto casuale o limitato nel tempo per contagiarsi, come ad esempio stare per pochi minuti vicino a una persona malata in un autobus. Il contagio, invece, si può verificare quando si soggiorna per periodi di tempo prolungati in ambienti chiusi in presenza di un malato. La persona malata diviene rapidamente non contagiosa quando inizia la

terapia. Le persone che hanno l'infezione ma non sono malate non sono contagiose.

Ritardo nella diagnosi. Spesso all'inizio è difficile capire che ci si trova di fronte a un caso di tb, sia perché spesso i sintomi non sono specifici, sia perché il medico non la mette tra le ipotesi possibili, specialmente se il paziente è italiano. Uno studio condotto in Emilia Romagna dimostra che il ritardo nella diagnosi è più alto per gli italiani che per gli stranieri, anche perché in Italia questa malattia non è frequente ed i casi per il 40% riguardano persone nate all'estero. È piuttosto comune, quindi, che passino 3 mesi tra il momento in cui la persona inizia a tossire e il momento in cui fa gli accertamenti per la tb e questo favorisce la diffusione del contagio.

LA MALATTIA

Dal contagio alla malattia. In media solo il 10% dei contagiati si ammala. Soprattutto ci si ammala nei primi due anni dal contagio, ma in alcuni casi l'infezione può rimanere latente per anni e poi causare la malattia. L'evoluzione verso la malattia è più frequente per i bambini sotto i 5 anni e per le persone che hanno difese immunitarie ridotte.

I test. Per la diagnosi di infezione ci si basa su dei test che misurano la risposta immunitaria dell'organismo contro il batterio della tb e che quindi risultano positivi nelle perso-

ne che sono venute a contatto con questo bacillo. Fino a pochi anni fa si usava solo il cosiddetto test della tubercolina. Oggi esistono anche test che misurano la reazione delle cellule del sangue agli antigeni del micobatterio tubercolare e che hanno il vantaggio di essere più specifici e standardizzati.

Prevenzione. Le cose più importanti sono diagnosi tempestiva e cura corretta. Le persone che sono state a contatto per tempi prolungati in ambienti chiusi con una persona malata dal momento della comparsa dei sintomi al momento dell'inizio della cura devono sottoporsi ai test per la diagnosi dell'infezione. Se sono positivi, bisogna escludere che ci sia una malattia tubercolare. Se non c'è, devono fare la terapia preventiva, cioè prendere un farmaco antitubercolare per un periodo che va dai 4 ai 6 mesi. Questo serve a cercare di distruggere i pochi batteri presenti nello stato di infezione per evitare che si possano replicare più attivamente e causare la malattia. L'efficacia del trattamento è dell'80%, mentre il vaccino oggi in uso è scarsamente efficace. ●



Il dibattito Limiti alla libertà o tutela della salute? Se la Francia tassa la Coca Cola

di STEFANO
MONTEFIORI

In Francia le «bevande gassate a zucchero aggiunto», come la Coca Cola, saranno tassate. Lo ha annunciato il primo ministro François Fillon, presentando le misure della nuova manovra destinata a ridurre il deficit. Citando le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, il premier Fillon ha difeso «l'aumento del prezzo delle bevande zuccherate il cui consumo incontrollato favorisce l'aumento di peso». Molti i contrari.

ALLE PAGINE 8 E 9

con gli interventi

di P. Ostellino e G. Remuzzi

evan

La mossa di Parigi Le misure

La scelta francese: tasse sulle bibite

Fillon: «Contrastiamo l'obesità». La polemica sull'impatto economico

Coca Cola non ci sta

«Le bevande gassate rappresentano appena il 3,5% dell'apporto calorico. Intervento poco serio»

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

PARIGI — Bere troppa Coca Cola fa male, ma non è che abusare di Bordeaux, foie gras o patatine fritte faccia bene. Eppure solo le «bevande gassate a zucchero aggiunto» come Fanta, Pepsi, Sprite e l'aranciata nazionale Orangina (gruppo Schweppes) saranno colpite dall'aumento dell'imposizione fiscale annunciato pochi giorni fa dal primo ministro François Fillon, nell'ambito della manovra destinata a ridurre il deficit.

Disperatamente attaccato alla «tripla A» delle agenzie di rating, che ancora tiene la Francia vari gradini sopra Grecia, Spagna, Portogallo e Italia, il governo di Parigi vuole racimolare 11 miliardi di introiti supplementari nel 2012.

Tra le varie misure escogitate: la tassa sui super-ricchi che porterà nelle casse dello Stato 200 milioni, il tradizionale rincaro delle sigarette (600 milioni), quello dei superalcolici (340) rum escluso, mentre 120 milioni arriveranno dall'inedita, per certi aspetti storica, «tassa anti-obesità». Citando le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, il premier Fillon ha difeso «l'aumento del prezzo delle bevande zuccherate il cui consumo incontrollato favorisce l'aumento di peso, in modo da incoraggiare i cittadini a ridurre il loro consumo». Succhi di frutta e altri prodotti con edulcoranti o senza zuccheri aggiunti — come Coca Light o Zero — non verranno toccati, sebbene il dibattito sui rischi dell'aspartame sia tuttora aperto.

Quel che da tempo viene proposto e bocciato negli Stati Uniti (anche per l'opposizione della potente American Beverage Association), è passato a sorpresa in Francia sotto forma di una «fiscalità nutrizionale» che sbandiera i nobili

principi della lotta contro l'obesità: «Nel 1997 erano obesi l'8,5 per cento dei francesi — ha spiegato Fillon —, oggi siamo ormai al 15%». E i cittadini sovrappeso sono stimati in circa un terzo del totale.

Tutta colpa della Coca Cola? «Le bevande gassate rappresentano in media il 3,5% dell'apporto calorico quotidiano di un individuo — spiega Tristan Farabet, capo della Coca Cola Entreprise, primo imbottigliatore francese —: non è certo concentrandosi su quel 3,5% che si affronta seriamente la questione dell'eccesso di peso. Le ragioni di salute pubblica semplicemente non reggono». L'opposizione del manager, direttamente chiamato in causa, non sorprende. Ma è comunque difficile trovare voci favorevoli a un inasprimento fiscale che si vuole educativo, ma che influirà mediamente per un centesimo di euro sul costo finale di una lattina: dal potere dissuasivo, quindi, ben limitato.

«Politicamente è una misura comprensibile, le bevande gassate non godono di una

buona reputazione e non ci saranno troppe proteste — dice il pediatra nutrizionista Patrick Tounian —, ma dal punto di vista medico questa scelta ha un valore pari a zero. Se domani proibissimo completamente il consumo di Coca Cola o di Orangina, non avremmo un bambino obeso in meno. La maggior parte dei succhi di frutta contengono naturalmente la stessa quantità di zucchero delle bevande gassate, e certe volte di più».

Se dopo decenni di battaglie a colpi di perizie i danni del fumo sono accertati, la nuova crociata contro le bolicine non convince neppure la presidente del Collettivo nazionale che riunisce le associazioni degli obesi, An-



ne-Sophie Joly: «Se l'obiettivo è combattere l'obesità, la tassa non serve a niente. Porterà un po' di soldi allo Stato, questo sì». Il sospetto è che la misura già sbrigativamente ribattezzata «tassa sulla Coca Cola» faccia affidamento su antichi riflessi anti-americani, sui quali un aumento del vino non avrebbe potuto contare. «Dietro i superalcolici, il tabacco e le lattine ci sono le multinazionali — spiega il deputato Yves Bur (Ump) —, dietro le bottiglie di vino ci sono i viticoltori francesi e dietro il rum (accuratamente escluso dai rincari, ndr) i produttori di canna da zucchero dei nostri Territori d'oltremare». Più che alla cintura, il governo sembra attento al portafoglio.

Stefano Montefiori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I manifesti d'epoca dell'Orangina francese e, sotto, della Coca Cola



A favore

Si tutela la salute anche per evitare più spese alla società

Lo facciamo già con alcol e fumo

Sindrome metabolica

Lo zucchero uccide proprio come alcol e fumo, e lo fa senza che ce ne accorgiamo, favorendo la «sindrome metabolica»

Chi paga i danni

A pensarci bene, la tassa sulla Coca Cola un po' c'è già: è quella che paga ogni anno chi è più attento a favore di chi eccede
di GIUSEPPE REMUZZI

Auguriamoci che non si inventino una tassa anche sull'aria che respiriamo, avrà certo pensato qualcuno nell'apprendere che adesso vogliono mettere una tassa persino sulla Coca Cola. E chi pensa così qualche buona ragione ce l'ha. Ma se ci riflettiamo un attimo le cose non sono poi così ovvie. Lo zucchero uccide proprio come alcol e fumo, e lo fa senza che ce ne accorgiamo (che è anche peggio). Una lattina di Coca Cola contiene tanto zucchero quanto ce n'è in quattro cucchiaini da tè e genera acidità in eccesso che richiederebbe 32 bicchieri d'acqua per essere neutralizzata. Il fruttosio della Coca Cola e delle altre bevande zuccherate il fegato lo trasforma in grasso e crea resistenza all'insulina — il tuo corpo comincia a igno-

rare l'azione dell'ormone insulina — da qui vengono obesità, malattie del cuore, pressione alta e certi tipi di tumore. Certi medici la chiamano sindrome metabolica, ne soffrono 75 milioni di americani e più di 10 milioni di italiani. Non solo, si muore di più oggi in Italia di malattie del cuore e di diabete che non di tumore del polmone, del colon e della mammella messi insieme. Fruttosio e glucosio hanno fatto anche saltare i soliti schemi, cioè malattie cardiovascolari da una parte e tumori dall'altra. Sì, perché certi tumori per crescere hanno bisogno di insulina o di fattori di crescita che assomigliano all'insulina, e lo zucchero crea le condizioni perché questo succeda. Craig Thompson, che presiede uno dei maggiori istituti per la ricerca sul cancro degli Stati Uniti, ha detto in un'intervista recente: «Ho quasi eliminato lo zucchero dalla dieta, è una delle poche cose che posso fare per ridurre il rischio di avere un cancro» (lui non fuma, si capisce). Gli argomenti più utilizzati quando si parla di scoraggiare il consumo di alcol, sigarette (ma dovremmo metterci a pieno titolo lo zucchero). Ma con una tassa perfino sulla Coca Cola non si limita la libertà individuale? Vediamo. Chi beve e fuma costa, lo sanno tutti — e vale per chi consuma zucchero in eccesso — e questo sottrae risorse per grandi

progetti di salute, l'assistenza agli anziani per esempio: già questo deve far riflettere. Ma pochi valutano gli «altri» costi. Quante ore di lavoro si perdono in un anno in Italia per malanni da alcol, fumo e zucchero? Quanto costa ai familiari un ammalato di cuore o di diabete? Senza i costi di alcol, fumo e zucchero ciò che ogni anno abbiamo a disposizione per la salute basterebbe senza tagli né ticket e sarebbe per tutti. Insomma, forse non è vero che «ciascuno deve essere libero di fare quello che gli pare compreso farsi del male se vuole». E poi, a pensarci bene, la tassa sulla Coca Cola un po' c'è già: è quella che paga ogni anno chi è più attento a favore di chi eccede (e non pensi chi legge che la preoccupazione per lo zucchero sia di questi giorni: il *New York Times* dell'aprile 1913 denuncia che gli americani consumano troppo zucchero: 3.285.771 tonnellate nei due anni precedenti contro 1.707.956 dell'Inghilterra e 1.199.389 della Russia).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da farmaco a icona pop

Una bottiglietta di Coca Cola in un'opera di Andy Warhol. La bevanda fu inventata nel 1886 ad Atlanta dal farmacista John Pemberton come rimedio per il mal di testa



Contro

Un'ipocrisia di Stato Limiti alla libertà solo per fare cassa

Il protezionismo ha fallito da tempo

Costi pubblici

Le tasse sull'alcol sono il tentativo di recuperare risorse da parte di una classe politica che ha dilatato oltre misura i propri costi

Beni privati

La salute non è un bene pubblico, ma privato; nessuno si ingegna a diventare diabetico per obesità volontaria

di **PIERO OSTELLINO**

Non c'è nulla, propria nulla, di etico nell'aumento della tassazione sulle bevande alcoliche, come non c'è nella tassa sulle sigarette, perché fanno male alla salute. Non c'è neppure la giustificazione — che solo il progressismo immaginario e predicatorio può sottoscrivere — di ridurre la diffusione delle affezioni dovute al loro consumo per contenere i costi dello Stato sociale che peserebbero sull'intera comunità, compresi quelli che non bevono Coca Cola e non fumano.

La salute non è un bene pubblico, ma privato; nessuno si ingegna a diventare diabetico per obesità volontaria o ad ammalarsi di cancro ai

polmoni per ignoranza calcolata degli effetti del fumo. Il welfare provvede, deve provvedere, a curarci dalla bronchite, sia che mettiamo sia che non mettiamo la maglietta della salute. In caso contrario, saremmo, sì, nello Stato etico. Solo Hitler predicava che la salute dei tedeschi — che non avrebbe, poi, esitato a trasformare in carne da cannone — era un bene pubblico; ma non per ragioni etiche, né per ragioni sociali, bensì nella prospettiva, appunto, di servirsene in caso di guerra.

La tassazione sulle bevande alcoliche è il disperato tentativo di recuperare risorse da parte di una classe politica che ha dilatato oltre misura le dimensioni, e quindi i costi, dello Stato; nella migliore delle ipotesi, per eccesso di demagogia sociale — il welfare esteso anche a chi potrebbe permettersi di curarsi da sé — nella peggiore, per comprarsi il consenso elettorale con i soldi del contribuente. Della salute del quale, allo «Stato canaglia», non potrebbe fregare di meno. La Coca Cola è, se mai, una bevanda che i giovani consumano al posto di un alcolico, che farebbe loro più male.

Che si ricordi, solo una misura di ordine pubblico che

riguardava un consumo privato ha avuto chiaramente un contenuto etico ed è stato il proibizionismo negli Stati Uniti nella prima metà del secolo scorso: il divieto di vendere e consumare bevande alcoliche era un riflesso puritano. Lo Stato — che ci aveva, anzi, impiegato ingenti risorse in uomini e denaro — non ci guadagnava, mentre sulla vendita e il consumo clandestino la criminalità organizzata ci campava e la corruzione politica si era diffusa a macchia d'olio, a riprova della eterogeneità dei fini di ogni tentativo utopistico di migliorare gli uomini con la legge. Il proibizionismo, infine, era stato abbandonato proprio perché insostenibile se non a costi elevati, così come ora la tassazione sulle bevande alcoliche dovrebbe apparire insostenibile a una classe politica che avesse ancora un minimo di decenza morale.

postellino@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da farmaco a icona pop

Una bottiglietta di Coca Cola in un'opera di Andy Warhol. La bevanda fu inventata nel 1886 ad Atlanta dal farmacista John Pemberton come rimedio per il mal di testa



NORME & TRIBUTI

LAVORO

Certificati medici al debutto online

Dal 13 settembre al via i certificati medici online. Da questa data, infatti, con la conclusione del regime transitorio, i datori di lavoro non potranno più chiedere la copia cartacea della certificazione di malattia ai dipendenti, ma dovranno interrogare il servizio online dell'Inps. Vecchie regole per i ricoveri in ospedale o in pronto soccorso e per i medici non abilitati all'invio telematico.

in Norme e Tributi • pagina 5

LAVORO

MALATTIA

Certificazioni solo sul web

Ancora pochi giorni e il certificato medico darà il definitivo addio alla carta. Dal 13 settembre, infatti, i datori di lavoro potranno controllare le attestazioni di malattia dei dipendenti esclusivamente sul web.

• pagina 5

Il nuovo regime scatta dal 13 settembre **13**

Debutta il certificato medico online

Le aziende possono applicare le linee operative dell'accordo Confindustria-sindacati

Istruzioni per l'uso

Assenze per malattia

I Ccnl fissano l'obbligo di comunicare il numero di protocollo identificativo del documento telematico. Così il datore ha la certezza dell'evento e può visualizzare l'attestazione sul sito dell'Inps

<p>PARTENZA UFFICIALE</p> <p>13 settembre</p> <p>L'avvio scatta tre mesi dopo l'uscita in GU della circolare n. 4</p>	<p>MODALITÀ CARTACEA</p> <p>3 casi</p> <p>Per degenze in ospedale, in pronto soccorso e per studi non abilitati</p>
---	---

PAGINA A CURA DI **Alessandro Rota Porta**

■ Vialibera al sistema che segnerà l'abbandono dei certificati medici su carta. La data "spartiacque" è fissata al 13 settembre: dopo questa data tutti i datori di lavoro non potranno più chiedere la copia cartacea delle attestazioni di malattia ai dipendenti, potendo procedere alla consultazione delle relative attestazioni solo con l'utilizzo di sistemi informatici.

L'ultimo intervento in materia è la circolare congiunta n. 4 del Dipartimento della Pa e del ministero del Lavoro, del 18 marzo scorso: questa dettava anche un periodo transitorio di tre mesi per con-

sentire l'avvio a regime del sistema online, a partire dalla data di pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale», avvenuta il 13 giugno scorso.

Se i passaggi che regolano le procedure telematiche sono stati ormai definiti nei dettagli, manca ancora un impianto di regole certe che supportino i datori di lavoro nella gestione del rapporto di lavoro, soprattutto con riferimento agli obblighi in capo ai lavoratori che realizzeranno le assenze. Con l'obiettivo di facilitare il flusso di informazioni tra impresa e lavoratori in occasione di eventi di malattia, lo scorso 20 luglio Confindustria insieme a Cgil, Cisl e Uil hanno sottoscritto un accordo interconfederale

ad hoc, per delineare un comportamento comune, in attesa che i contratti collettivi nazionali possano essere aggiornati alle nuove disposizioni e coordinati con le nuove modalità di rilascio e trasmissione telematica dei certificati di malattia (un altro accordo è stato sottoscritto il 26 luglio da Confapi con Cgil, Cisl e Uil).

Nulla è innovato - come chiarisce l'accordo del 20 luglio - sul trattamento economico e normativo applicabile in caso di malattia al lavoratore. In proposito le parti hanno ribadito che continuano a sussistere gli obblighi di tempestiva comunicazione dell'assenza, poiché il sistema telematico di consulta-

zione dei certificati che l'azienda dovrà utilizzare non esonera il lavoratore da avvisare la stessa. Si tratta di un principio comune a tutti i Ccnl che, se non viene osservato dal lavoratore, può portare all'applicazione di sanzioni disciplinari. Inoltre deve sempre essere comunicata



ogni variazione dell'indirizzo di reperibilità durante l'assenza, utile in caso di effettuazione di visite di controllo.

L'avviso del 20 luglio - che sebbene limitato al comparto industriale, fornisce comunque utili indicazioni per gli altri settori - introduce a carico del lavoratore un nuovo adempimento che va a sostituire quello previgente di consegna del certificato medico al datore di lavoro: l'obbligo di comunicare all'azienda il numero di protocollo identificativo del certificato inviato dal medico in via telematica. È un passaggio che consente al datore di lavoro di avere certezza dell'evento ol-

tre a poter accedere alla sezione dedicata del sito web dell'Inps per visualizzare l'attestazione di malattia.

Questa regola potrebbe essere introdotta anche a livello aziendale: peraltro, qualora l'azienda non intenda sottoscrivere un accordo ovvero - per le proprie dimensioni - non abbia una rappresentanza sindacale costituita tra i lavoratori, potrà comunque avvalersi della disposizione contenuta nella circolare ministeriale n. 4/2011 che fissa l'obbligo in capo al lavoratore di comunicare il numero di protocollo, qualora tale adempimento sia stato richiesto dal datore di lavoro.

Se il datore di lavoro opta per

questa possibilità è comunque opportuno che effettui una comunicazione scritta ai lavoratori per informarli circa i nuovi obblighi, magari aggiornando i regolamenti aziendali. Si ricorda infine che (come specificato dalla circolare n. 4) nel caso in cui il medico non proceda all'invio online del certificato di malattia - ad esempio per malfunzionamenti dei sistemi di trasmissione telematica - il lavoratore rimane tenuto alla presentazione dell'attestazione cartacea (rilasciata dal medico) al proprio datore di lavoro e, ove previsto, alla consegna all'Inps del certificato, secondo le modalità tradizionali previgenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I passaggi giusti

<p>1 LE NOVITÀ</p>  <p>A decorrere dal prossimo 13 settembre, in caso di malattia, il lavoratore non è più tenuto a consegnare al datore di lavoro la copia cartacea del certificato medico. Si avrà così l'armonizzazione tra il settore pubblico e quello privato</p>	<p>2 L'INTESA DEL 20 LUGLIO 2011</p>  <p>L'accordo interconfederale Confindustria-sindacati ha ribadito l'obbligo a carico del lavoratore di avvisare circa la sua assenza nonché quello di comunicare all'azienda il numero di protocollo del certificato medico telematico</p>	<p>3 GLI OBBLIGHI DEL LAVORATORE</p>  <p>Il datore di lavoro può sempre richiedere al proprio dipendente di comunicare il codice identificativo del certificato medico: in questo caso il lavoratore non si può rifiutare e il mancato rispetto della disposizione potrebbe portare a sanzioni disciplinari</p>	
<p>8 I CASI ESCLUSI</p>  <p>In caso di impossibilità nella trasmissione da parte del medico, vigono le regole previgenti (consegna copia cartacea all'Inps e al datore). Stesso procedimento per: ricovero ospedaliero, degenze in strutture di pronto soccorso, emissione da parte di strutture di medici privati non ancora abilitati all'invio telematico</p>			<p>4 GLI ADEMPIMENTI DEL MEDICO</p>  <p>Il medico acquisisce i dati dal lavoratore e li inserisce. Riceve dal sistema Sac il numero di protocollo univoco che consente la stampa di una copia del certificato e dell'attestato, da consegnare al lavoratore</p>
<p>7 LE VISITE FISCALI</p>  <p>Rimangono in vigore le regole previgenti in materia di controllo della malattia nel settore privato: il lavoratore deve sempre segnalare al medico l'indirizzo per la reperibilità, se diverso dalla residenza o domicilio</p>	<p>6 COME L'AZIENDA CONSULTA GLI ATTESTATI</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Farsi comunicare dai lavoratori il numero di protocollo del certificato, collegarsi al sito Inps per visualizzarlo; • accreditarsi e, ricevuto il Pin, accedere al sito Inps nell'area web dedicata; • chiedere all'Inps il recapito degli attestati sulla Pec aziendale 	<p>5 IL RUOLO DELL'INPS</p>  <p>L'Inps, sulla base dei propri archivi, abbina il certificato medico all'azienda e mette a disposizione l'attestato di malattia. Allo stesso modo anche il lavoratore può consultare il certificato sul sito Inps o tramite Pec</p>	

FOCUS



Un difficile «abbinamento»

■ A volte la semplificazione non "vede" gli aspetti più semplici per evitare gli intoppi e alleggerire concretamente i passaggi burocratici. Due, in questo caso. Nel certificato medico online manca un campo che possa "abbinarlo" all'azienda. È vero che, attraverso il codice fiscale dell'intestatario e prelevando i dati dai propri archivi (dalle denunce mensili contributive Emens) l'Inps dovrebbe risalire al datore di lavoro, ma vi sono casi (come per un neoassunto) in cui l'abbinamento può risultare complesso. All'appello mancano anche le procedure per delegare l'adempimento della ricezione telematica dei certificati agli intermediari abilitati.

I punti chiave

IL CERTIFICATO

Il certificato contiene i dati della diagnosi e/o il codice nosologico, il codice fiscale del lavoratore, la residenza o il domicilio abituale, eventuale domicilio di reperibilità durante la malattia, data di inizio malattia, data di rilascio del certificato, data presunta di fine malattia (di prosecuzione o ricaduta nelle rispettive ipotesi), modalità ambulatoriale o domiciliare della visita eseguita. La copia, rilasciata dal medico, è riservata all'assistito. L'attestato di malattia è invece il documento privo di diagnosi che viene ricavato dal certificato di malattia

LE NORME

- Articolo 1, comma 149, legge n. 311/2004
- Articolo 8, Dpcm 26 marzo 2008
- Articolo 69, decreto legislativo n. 150/2009
- Decreto ministeriale Salute-Lavoro-Economia del 26 febbraio 2010
- Articolo 25 della legge n. 183/2010

LA PRASSI

Circolare congiunta presidenza del Consiglio dei ministri e ministero del Lavoro n. 4/2011; ha armonizzato le procedure tra il settore pubblico e quello privato, per il passaggio definitivo al sistema telematico

LE ISTRUZIONI INPS

- Circolare n. 60 del 16 aprile 2010
- Messaggio n. 18901 del 16 luglio 2010
- Circolare n. 119 del 7 settembre 2010
- Circolare n. 164 del 28 dicembre 2010
- Circolare n. 21 del 31 gennaio 2011
- Messaggio n. 3161 del 8 febbraio 2011
- Messaggio n. 6143 del 10 marzo 2011
- Messaggio n. 9197 del 20 aprile 2011

CONSULENTI DEL LAVORO

Fondazione Studi: circolare n. 2/2011

I CCNL

Settore Industria: accordo interconfederale 20 luglio 2011

SISTEMA SOLE



Dal graduale aumento dell'età pensionabile per le donne allo slittamento della vecchiaia. Zoom manovra d'estate si concentra sulle misure che più interessano lavoratori e datori tra le novità del DL 98/2011



Guida pratica Cooperative, dedicato a un settore al centro di importanti riforme: la figura del socio-lavoratore e le novità sia dell' inquadramento giuridico sia del profilo previdenziale e fiscale

Giovanni
Boniolo *

IL COMMENTO



L'INNOVAZIONE NON HA PREZZO

LA RICERCA biomedica sempre più sorprende con risultati incredibili. Ma a chi appartengono, i risultati? Agli scienziati? Agli istituti di ricerca? All'industria **farmaceutica**? Devono essere brevettati? Sono un bene gratuito a disposizione di tutti? Per avere innovazione servono buoni ricercatori e buoni ambienti di ricerca, ma soprattutto denaro per pagare i primi e mantenere i secondi. Senza denaro, tutti a casa. Ma come averlo? Si può averne da istituzioni pubbliche, da istituzioni private (come la Fondazione Italiana Ricerca sul Cancro o la Bill & Melinda Gates Foundation), da un'azienda privata (una casa **farmaceutica**), ma può essere la ricerca stessa a generarlo (ottenendo buoni risultati questi possono essere commercializzati). Adesso possiamo capire a chi dovrebbe appartenere la bioinnovazione e se deve essere brevettata. Nel primo e nel secondo caso non dovrebbero esserci brevetti, essendo l'innovazione dovuta a denaro pubblico o proveniente da istituzioni non-profit e con fini umanitari. E' invece impensabile che un'azienda privata non brevetti i risultati su cui ha investito. Nel quarto caso, un brevetto è possibile per permettere di continuare la ricerca. **SENZA FALSI** moralismi, è corretto riconoscere che la brevettabilità ha conseguenze buone e cattive, giuste e

ingiuste: giuste come nel terzo caso (chi investe denaro è anche giusto che ne ricavi un utile); cattive e ingiuste se il brevetto è molto restrittivo. In tal caso l'accessibilità alla bioinnovazione può essere così costosa da essere preclusa a intere popolazioni con effetti umanitari e sanitari disastrosi (vedi la storia dell'Aids nei paesi africani). Oppure il brevetto potrebbe comportare la non divulgazione di conoscenze che sarebbero utili in altri campi. Ma questo sarebbe snaturare la scienza, da sempre caratterizzata da trasparenza e intercontrollabilità dei metodi e dei risultati.

CHE FARE con queste conseguenze negative? Problema non facile. Si dovrebbe agire, come d'altronde già si cerca di fare, affinché agenzie internazionali si facciano carico di bilanciare il bisogno di giustizia globale in modo che i paesi e le popolazioni più povere possano, attraverso agevolazioni legali e economiche, permettersi di acquistare **farmaci** e tecnologie tutelate da costosi brevetti. Ma non è facile da realizzare come facilmente si intuisce dati gli enormi interessi economici in gioco. Di questi argomenti si parlerà a Lucca (Palazzo Ducale) il 28 settembre in un workshop internazionale inserito nel programma del Festival della Salute.

* epistemologo Ifom-Ieo Campus



Salute globale

RISCHI ANTICHI DIFESE NUOVE

di SILVIO GARATTINI

CHI scrive ha avuto il privilegio negli anni Cinquanta di partecipare allo sviluppo delle conoscenze riguardanti un **farmaco** che ha cambiato la storia della tubercolosi, un **farmaco** che tuttora viene utilizzato, l'isoniazide. È vero che l'incidenza della tubercolosi era già in costante declino, ma il nuovo **farmaco** in una triplice alleanza con la streptomina e l'acido paraminosalicilico produceva risultati entusiasmanti.

I tisiologi dell'epoca che svolgevano la loro attività nei sanatori non credevano ai loro occhi. Anche dopo brevi periodi di trattamento farmacologico osservavano ciò che non avevano mai visto prima: cambiamenti drastici delle immagini radiografiche dei polmoni. Per parecchi decenni si assistette solo alla comparsa di casi sporadici e perciò la tubercolosi si ritenne debellata con la conseguente ricoverazione dei sanatori ad altre attività sanitarie e la scomparsa della specializzazione in tisiologia.

Tuttavia la lotta alla tubercolosi proseguì e prosegue tuttora nei Paesi in via di sviluppo. A partire dal terzo millennio si ricominciò con grande sorpresa a parlare di tubercolosi anche in Europa. Le infezioni erano localizzate, non destavano paura data la disponibilità anche di altri **farmaci** come la rifampicina che si era aggiunta all'isoniazide e anche se il micobatterio causa della tubercolosi iniziava a mostrare preoccupanti segni di resistenza ai chemiote-

rapici. L'ultimo episodio è quello riportato in questi giorni, riguardante la diffusione del contagio a neonati da parte di un'infermiera portatrice della infezione. Attualmente si tratta di 34 neonati contaminati ma il numero è destinato ad aumentare significativamente. È bene ripetere comunque che il contagio non vuol dire malattia, ma l'allarme è partito e d'ora in poi si dovrà tener presente la ricomparsa della tubercolosi. Cos'è accaduto? La spiegazione predominante è data dalla globalizzazione: l'aumento di rapporti attraverso lavoratori dei settori turistici con i Paesi in via di sviluppo, ha determinato anche un «trasporto» di agenti infettivi. Se a ciò si aggiunge l'immigrazione di soggetti provenienti da Paesi in cui la tubercolosi è diffusa, si può avere un'idea del rischio a cui si esposti.

Che fare? Anzitutto prendere coscienza del problema. L'avvento degli antibiotici, dei chemioterapici e specificamente degli antitubercolari ha molto rallentato la vigilanza ed ha indotto la scomparsa delle buone regole igieniche: lavarsi le mani, evitare eccessiva promiscuità nell'uso dei bicchieri, dei piatti ed in generale degli oggetti che possono trasmettere l'infezione, non sputare e così via.

Alle regole igieniche vanno aggiunti interventi preventivi. In presenza di tosse persistente, febbre, senso di fatica, i medici devono riabilitarsi a pensare fra le varie eventualità che possa trattarsi anche di tubercolosi. Negli ospedali devono intensificarsi controlli sugli operatori sanitari,

soprattutto su quelli che sono più a diretto contatto con i neonati e con gli ammalati in particolare se trattati per ragioni terapeutiche con **farmaci** immuno-depressivi. Particolare attenzione deve essere effettuata nei confronti degli immigrati, aumentando gli interventi diagnostici non solo nel loro interesse ma anche a protezione della comunità in cui si trovano a vivere.

Si dovrà anche reintrodurre nell'agenda della ricerca — ammesso che vi sia ancora in Italia un interesse per la ricerca — lo studio dei meccanismi di resistenza dei micobatteri nonché la ricerca epidemiologica per avere un'idea dell'entità della presenza della malattia. Tutto ciò è necessario ma non sufficiente se non si procederà in uno sforzo coordinato a livello europeo e mondiale, a bonificare i ruoli che rappresentano la fase di partenza delle infezioni fra cui anche quella tubercolotica. È perciò necessario correggere le condizioni di povertà in cui vivono queste popolazioni, ed introdurre sistemi di cura e di prevenzione. Solo in questo modo sarà possibile difendere nel lungo termine anche i Paesi industriali dalla tubercolosi come da altre malattie infettive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Aiuti: troppe tre settimane per i test bisogna rivedere le procedure

«Possono esserci dei falsi negativi, i controlli devono durare due anni»



Il professor
Fernando Aiuti
infettivologo
e presidente
della
commissione
Sanità
di Roma
Capitale

di MAURO EVANGELISTI

«Il problema è sempre il ritardo tra la diagnosi della tubercolosi polmonare e le procedure di profilassi». Fernando Aiuti è specialista in Malattie Infettive e Cardiologia e libero docente in Malattie Infettive ed in Immunologia Clinica.

Professore, partiamo dai numeri che stanno emergendo nei test sulla tubercolosi polmonare ai neonati del Gemelli. Sono anomali?

«Sì, decisamente. Se facessimo il test alla popolazione, soprattutto a chi ha più di 50 anni, avremmo una percentuale di positività di circa il 20 per cento. Trovare invece così tanti infetti nella popolazione infantile è anomalo».

Come mai è stato così veloce il contagio?

«Stiamo parlando di un ambiente chiuso, di un reparto ospedaliero. Lo stesso vale quando questo succede nelle scuole. In un nido una infermiera prende in braccio un neonato, lo pulisce, ci sono contatti. In linea teorica, il bacillo della tubercolosi si trasmette con un colpo di tosse a

una distanza fra i 3 e i 5 metri; con uno starnuto a 5 metri; parlando a un metro».

Ma è possibile che nessuno si sia accorto che l'infermiera era malata? Non vedevano che tossiva?

«In genere la tubercolosi si caratterizza per una tosse che dura da almeno tre settimane, perdita di peso, perdita di appetito, stanchezza, febbre attorno ai 37,2. Però può capitare che la malattia non sia così evidente, sia più subdola, non abbia sintomi molto visibili».

Il 25 luglio viene diagnosticata la tubercolosi all'infermiera, il 18 agosto iniziano i test sui neonati. Non è trascorso troppo tempo?

«Sì, tre settimane sono un tempo eccessivo. La risposta deve essere più tempestiva, bisogna intervenire dal punto di vista normativo per snellire le procedure. Purtroppo, temo che per la tubercolosi non vi sia la stessa sensibilità, la stessa reattività che vi è, giustamente, per la meningite».

I test sono affidabili?

«Se l'esito è positivo, è molto improbabile che vi sia un errore. Il mio consiglio è continuare a tenere sotto controllo i bimbi per due anni, anche una volta esaurita la profilassi. Se il test è negativo, c'è un margine di errore. Per cui è consigliabile ripeterlo dopo tre mesi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

