



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La sanità

Stop al tetto di spesa radioterapie garantite

De Luca: i soldi ci sono

Il governatore De Luca s'impegna a evitare lo stop della radioterapia nei centri privati che lavorano in convenzione, dove sono stati sfiorati i tetti di spesa. «A seguito di un'approfondita ricognizione con le strutture pubbliche e con il privato accreditato - annuncia il governatore - si rassicura che le prestazioni radioterapiche saranno regolarmente garantite in tutta la regione dai centri accreditati per i prossimi due mesi, nel frattempo si sta procedendo ad un potenziamento

dell'offerta pubblica in modo da coprire il fabbisogno radioterapico per la restante parte del 2015». De Luca spiega che «la Regione è già da subito impegnata ad una profonda riorganizzazione dell'intero sistema assistenziale per far sì che questo sia l'ultimo anno che i cittadini campani debbano preoccuparsi di avere le cure a cui hanno diritto». Ma gli ammalati di cancro, già operati, e i medici di Terra dei fuochi lanciano l'allarme per altri pesanti disagi dovuti ai tetti di spesa.

Radioterapia no stop il piano della Regione

De Luca: prestazioni garantite, via alla riorganizzazione Costi rivisti per aggirare il blocco dovuto ai tetti di spesa

Ettore Mautone

Radioterapia e tetti di spesa: in pista ancora per due mesi, almeno fino al 31 ottobre, i pazienti inseriti nei cicli di cura nei centri convenzionati della Campania. Schiarita all'orizzonte per le migliaia di pazienti oncologici che nella nostra regione hanno bisogno di un trattamento alternativo alla chemio, ma finiti nella tagliola del precoce esaurimento del budget.

Dopo il semaforo rosso all'arzuolamento di nuovi pazienti, fatto scattare nelle settimane scorse dalla Asl Na 1, e il freno tirato (nelle altre Asl) dal sub commissario Mario Morlacco per le prestazioni di ultima generazione (perché non contemplate dal tariffario nazionale risalente al 1996) una soluzione tampone all'emergenza è stata trovata lunedì sera, dopo un serrato faccia a faccia tra Enrico Coscioni, consigliere per la Sanità del governatore Vincenzo De Luca, il direttore generale dell'as-

essorato regionale alla Sanità Mario Vasco e i delegati delle associazioni di categoria. In particolare Bruno Accarino, presidente regionale di Snr (Sindacato nazionale Radiologi) che aveva sollecitato l'incontro e Pierpaolo Polizzi, portavoce del neonato coordinamento di alcune tra le principali realtà assistenziali accreditate. La novità è che le prestazioni radioterapiche «saranno regolarmente garantite in tutta la regione dai centri accreditati per i prossimi due mesi». Come, vista l'assenza di stanziamenti di nuove risorse e la strada sbarrata a ogni tentativo per tenere escluse tali attività dai vincoli della spending review? In pratica l'ostacolo viene aggirato recuperando una fetta dei 17 milioni corrispondenti al budget 2015 della Radioterapia, assorbiti da prestazioni ad alto costo, con l'impiego di tecnologie d'avanguardia, ma non corri-

spondenti ai canoni previsti dal tariffario vigente per le Regioni in Piano di rientro. Insomma ricalcolo, note di credito e rateizzazioni.

Il punto critico sono le schermature necessarie al singolo trattamento (costo unitario circa 60 euro) che se moltiplicate per ciascuno dei 360 gradi dell'intera circonferenza raggiungono cifre blu fino a 20 mila euro, poco meno dell'adroterapia che viene effettuata in Italia solo a Pavia e dietro autorizzazione dei distretti per singoli casi selezionati. In pratica una falla nei Lea (Livelli essenziali di

assistenza) risalenti a venti anni fa, non ancora aggiornati dai ministeri della Salute e dell'Economia - nonostante gli accordi in Conferenza Stato-Regioni - cui altre Regioni finanziariamente più fortunate (vedi Lombardia, Emilia Romagna, Toscana) hanno posto rimedio dotandosi di percorsi diagnostico-terapeutici ad hoc. Una strada che anche la Campania intende percorrere, ma che sarà agibile solo quando la Campania sarà fuori dal tunnel delle restrizioni del Piano di rientro.

«Nel frattempo - aggiunge in comunicato della Regione - si sta procedendo al potenziamento dell'offerta pubblica per coprire il fabbisogno per la restante parte del 2015». Ma qui le unità operative complesse degli ospedali campani si contano sulle dita di una mano: ci sono il Pasca-

le e la Federico II, a Napoli (più l'Ascalesi con una struttura semplice) e gli ospedali di Avellino, Benevento e Salerno (cui a breve si dovrebbe aggiungere Caserta). Ma anche in questo caso bisogna fare i conti con i tagli al personale e il blocco del turn-over. Inutile dire che avviare il recupero di prestazioni già

erogate presta il fianco a una nuova spirale di contenzioso, mentre la disciplina a monte di questo delicato settore sarebbe la strada maestra. Anche perché pubblico e privato dovrebbero viaggiare sugli stessi binari e si rischia di alimentare la corsa, già oltre soglia, della migrazione sanitaria.

•«Siamo già impe-

gnati - conclude la Regione - in una profonda riorganizzazione dell'intero sistema assistenziale. Il 2015 sarà l'ultimo anno in cui i cittadini campani debbano preoccuparsi di avere le cure a cui hanno diritto». Resta il nodo della nomina, sempre ministeriale, di un commissario alla Sanità: l'urgenza è condensata nella lettera che il presidente dell'Ordine dei medici di Napoli Silvestro Scotti, a nome del coordinamento degli ordini campani, ha appena recapitato al premier e al ministro della sanità Beatrice Lorenzin.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I nodi
Offerta
pubblica
da potenziare
L'Ordine
dei medici:
subito la scelta
del commissario



Un reparto

La radioterapia del presidio ospedaliero Ascalesi a Napoli in una foto di archivio

REGIONE Il governatore incontra il sottosegretario De Vincenti: fatto il punto sull'agenda dei fondi Ue 2007-2013 e sul piano per lo smaltimento delle ecoballe e sulle infrastrutture

Patto per la Campania, confronto De Luca-Governo

DI MARIO PEPE

NAPOLI. Un incontro finalizzato a fare il punto sull'utilizzo dei fondi europei 2007-2013 e pianificare le linee del Patto per la Campania: è quello tra il governatore Vincenzo De Luca e il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Claudio De Vincenti. Presenti anche il capo del Dipartimento per le Politiche di

Coesione, Vincenzo Donato; il direttore generale dell'Agenzia per la Coesione territoriale, Maria Ludovica Agrò; il vicepresidente della Regione Campania, Fulvio Bonavitacola; gli assessori campani alle Attività produttive, Amedeo Lepore, e ai Fondi Europei Serena Angioli; e il vice capo di Gabinetto e responsabile della Programmazione unitaria Maria Grazia Falciatore. Sul Por Campania 2007-2013, si è registrata la convergenza sulle modalità da seguire per arrivare all'impiego com-

pleto delle risorse entro il 31 dicembre, sulla base del lavoro svolto dalla task force Agenzia-Regione-Commissione Europea. Da De Luca sono arrivate assicurazioni a De Vincenti sulla rapida definizione del Por 2014-2020 ai fini della sua adozione da parte della Commissione: in tal senso,

già oggi e domani dalle riunioni a Bruxelles potrebbe arrivare un deciso passo avanti per arrivare entro la fine del mese a definizione la proposta di programma.

Riguardo al Patto per la Campania, l'obiettivo è chiuderlo entro la metà del mese di ottobre, individuando in particolare alcuni punti di rilievo per il futuro della Regione in materia ambientale e infrastrutturale, con particolare riferimento all'eliminazione delle ecoballe.

SANITÀ, RADIOTERAPIE GARANTITE. Intanto, sul fronte-sanità, De Luca chiarisce che «a seguito di un'approfondita ricognizione con le strutture pubbliche e con il privato accreditato, si rassicura che le prestazioni radioterapiche saranno regolarmente garantite in tutta la regione dai centri accreditati per i prossimi due mesi, nel frattempo si sta procedendo ad un potenziamento dell'offerta pubblica in modo da coprire il fabbisogno radioterapico per la restante parte del 2015.

La Regione è già da subito impegnata ad una profonda riorganizzazione dell'intero sistema assistenziale per far sì che questo sia l'ultimo anno che cittadini campani debbano preoccuparsi di avere le cure a cui hanno diritto»

COMMISSARIO, APPELLO DEI MEDICI.

Il tutto mentre dalla Federazione regionale degli Ordini dei medici della Campania arriva un appello al presidente del Consiglio Matteo Renzi e al ministro della Salute Beatrice Lorenzin «affinché venga al più presto nominato il Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario». La Federazione «esprime una forte preoccupazione per quella che viene definita una impasse non ulteriormente tollerabile». Nella lettera gli Ordini provinciali campani sottolineano di ricevere in maniera «sempre più pressante richieste di intervento in una situazione di oggettiva gravità». Le Federazione regionale dei medici campani spiega che «se da un lato si è convinti che solo il ritorno alla gestione ordinaria della sanità potrà restituire con pienezza ruolo e funzioni al livello regionale della politica sanitaria, al tempo stesso si ha la piena consapevolezza che la funzione commissariale sia l'unica che possa consentire la ripresa di un percorso che, a tappe forzate, ripristini la normalità istituzionale e gestionale».

Radioterapia garantite per altri due mesi nei centri accreditati. I medici a Renzi: «Ora il commissario»

Ordine Medici Campania: «Subito la nomina del commissario alla sanità»



di Marisa La Penna

«A rischio i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale, la professione e il ruolo delle figure mediche e odontoiatriche e il rapporto con i cittadini». È scritto nell'appello che la Federazione regionale degli Ordini dei Medici della Campania ha deciso di rivolgere al presidente del Consiglio Matteo Renzi e al ministro della Salute Beatrice Lorenzin «affinché venga al più presto nominato il Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario». Per voce del presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli la Federazione si è rivolta al Governo «per esprimere una forte preoccupazione per quella che viene definita una impasse non ulteriormente tollerabile». Nella missiva si evidenzia come gli Ordini provinciali campani (di Napoli, Avellino, Benevento, Caserta e Salerno) dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri «ricevano in maniera sempre più pressante richieste di intervento in una situazione di oggettiva gravità, che mina indistintamente i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale, la professione ed il ruolo delle figure mediche e odontoiatriche, nonché il rapporto con la cittadinanza». «Se, da un lato si è convinti che solo il ritorno alla gestione ordinaria della Sanità potrà restituire con pienezza ruolo e funzioni al livello regionale della politica sanitaria - scrivono i presidenti degli Ordini - al tempo stesso si ha la piena consapevolezza che la funzione commissariale sia l'unica che possa consentire la ripresa di un percorso che, a tappe forzate, ripristini la »normalità« istituzionale e gestionale», conclude la nota.

Martedì 22 Settembre 2015, 14:42 - Ultimo aggiornamento: 14:43

Quotidiano sanità.it

Campania. Ordini dei medici scrivono a Renzi e Lorenzin: “Nominare subito commissario. Impasse non più tollerabile”

La Federazione regionale degli Ordini dei Medici scrive una lettera al Ministro della Salute e al premier affinché venga al più presto nominato il Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario. [LA LETTERA](#)



22 SET - “Per quanto la politica regionale stia compiendo apprezzabili sforzi per incidere ulteriormente in maniera positiva sul tema della gestione della sanità regionale, tuttavia si deve registrare, con una preoccupazione via via crescente, una impasse sulla nomina commissariale, la cui perdurante assenza non è ulteriormente tollerabile”. E’ un appello forte quello che la Federazione regionale degli Ordini dei Medici della Campania che ha deciso di rivolgere al Presidente del Consiglio **Matteo Renzi** e al Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** affinché venga al più presto nominato il Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario.

Per voce del presidente dell’Ordine dei Medici di Napoli, **Silvestro Scotti**, nella missiva si evidenzia come gli Ordini provinciali campani (di Napoli, Avellino, Benevento, Caserta e Salerno) dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ricevano “in maniera sempre più pressante richieste di intervento in una situazione di oggettiva gravità, che mina indistintamente i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale, la professione ed il ruolo delle figure mediche e odontoiatriche, nonché il rapporto con la cittadinanza”.

“Se, da un lato si è convinti che solo il ritorno alla gestione ordinaria della Sanità potrà restituire con pienezza ruolo e funzioni al livello regionale della politica sanitaria – scrivono i presidenti degli Ordini - al tempo stesso si ha la piena consapevolezza che la funzione commissariale sia l’unica che possa consentire la ripresa di un percorso che, a tappe forzate, ripristini la “normalità” istituzionale e gestionale”.

22 settembre 2015

© Riproduzione riservata

Giro di vite dalle Tac ai test per le allergie

Sanità, la stretta sugli esami inutili

Multe ai medici e stangata sui pazienti

Stop ad esami e visite inutili che costano ogni anno circa 13 miliardi al Servizio sanitario nazionale: mira al risparmio sulle prestazioni sanitarie il maxiemendamento al dl Enti locali approvato a luglio. Fra le 205 prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto del giro di vite ci sono esami di

radiologia diagnostica come la Tac e di laboratorio come colesterolo o test allergologici. Multe ai medici e stangata sui pazienti. > **Massi a pag.19**

Dalle cure dentarie per i bambini ai controlli per le allergie, arriva a 208 il numero delle prestazioni sanitarie "inappropriate": sanzioni ai medici che le prescriveranno e costi a carico dei cittadini. Il ministro Lorenzin incontra i sindacati e spiega il taglio della spesa che dovrebbero portare a risparmiare 13 miliardi di euro. I camici bianchi contro il decreto: no alla black list

Sanità, stop agli esami inutili

IL PROVVEDIMENTO

Tredici miliardi vengono spesi inutilmente ogni anno per esami e visite. Primo colpevole: l'eccesso di prescrizioni. Superflue, dunque, per arrivare ad una corretta diagnosi. Da qui, ad agosto, la decisione del governo di andare a recuperare risorse finanziare proprio nelle pieghe di questa costosa sovrabbondanza di radiografie come di analisi del sangue.

Una riorganizzazione della macchina sanità per garantire il taglio, in tempi brevi, di 2,3 miliardi di euro. Sotto la lente le oltre duecento milioni di prestazioni l'anno che vengono erogate dalle strutture pubbliche e private. Risultato: 208 di queste riviste e corrette per fermare gli sprechi. Ad agosto si parlava di 108 esami da "rivedere" ora il numero è salito a 208.

Il provvedimento, ancora in preparazione al ministero della Salute e ieri presentato ai sindacati, dovrebbe diventare presto un decreto. Un documento che sembra andare a passo di corsa. I medici, infatti, hanno solo due giorni per presentare le osservazioni. Osservazioni che si sono già tradotte in contestazioni e l'annuncio di proteste a breve termine.

URGENZE GARANTITE

Sugli esami non una vera e propria scure ma un sì o no alla gratuità secondo la condizione di salute ed economica del paziente. Questo, per esempio, vale per l'odontoiatria. Si ad alcune cure "passate" dal servizio sanitario solo se il bambino o l'adulto sono, come si legge nel testo, «vulnerabili» sotto diversi aspetti. Se hanno gravi malattie croniche o se vi-

vono in situazioni di disagio sociale. Regola che vale anche per l'estrazione di un dente come per l'applicazione di una corona. Anche per la dentiera. Urgenze odontoiatriche garantite a tutti.

Stretta a 360 gradi per Tac e risonanze. Uno dei settori in cui, secondo l'analisi del Ministero, è più frequente la prescrizione inutile. La richiesta di un esame particolarmente costoso, per esempio, deve essere giustificata da una serie di accertamenti precedenti che hanno evidenziato problemi da controllare ulteriormente. Questo vuol dire che sul tavolo del medico di famiglia arriverà un protocollo (nella colonna di sinistra è segnato il tipo di esame e a fianco le condizioni per il sì) e a questo dovrà attenersi con scrupolo. Pena sanzioni in caso di non appropriatezza della richiesta.

Se il paziente con il mal di schiena insisterà per sottoporsi ad una risonanza si sentirà rispondere che, prima di quel controllo, dovrà farne altri, meno costosi, per delineare la patologia. Gratuite Tac e risonanza nei casi in cui ci sia un tumore o un trauma come un incidente.

I FATTORI DI RISCHIO

Anche in laboratorio si vuole mettere uno stop al "consumismo sanitario": primo esame sotto monitoraggio quello del colesterolo totale. Può essere eseguito gratuita-

mente «come screening in tutti i soggetti di età superiore a 40 anni - si legge - e nei soggetti con fattori di rischio cardiovascolare o familiarità per dislipidemia. In assenza di valori elevati l'esame è da ripetere a distanza di 5 anni».

I test allergologici, come altri test, potranno essere "passati" dal servizio sanitario solo se c'è la prescrizione del medico specialista.

Contrari i medici che coprono di critiche gran parte del provvedimento. Si ai risparmi e al taglio degli sprechi. No alla "black list" ripetono. In particolare alzano gli scudi contro la previsione di sanzioni, anche pecuniarie, per i camici bianchi che non vogliono rispettare le nuove indicazioni. «Alzeremo i toni della nostra protesta» annuncia Silvestro Scotti della Fimmg, i medici di famiglia. Gli ospedalieri dell'Anaa, è il presidente Domenico Iscaro a parlare, prevedono «un danno al malato che vendendosi negare la Tac o l'esame rinuncerà a curarsi del tutto o andrà nel privato». «E' un meccanismo che rischia di rompere il rapporto tra noi e i pazienti», aggiunge Massimo Cozza, segretario Fp-Cgil medici. Tra due giorni il nuovo incontro in vista del decreto.

Carla Massi

LA GRATUITÀ
DI ALCUNE ANALISI
VARIERÀ A SECONDA
DELLE CONDIZIONI
ANCHE ECONOMICHE
DEI PAZIENTI

IL DOTTORE DI FAMIGLIA
DOVRÀ ATTENERSI
SCRUPolosAMENTE
AL PROTOCOLLO
PER NON RISCHIARE
DI ESSERE MULTATO

Le cifre in corsia



Le novità

Estrazione denti solo in casi gravi



Da 0 a 14 anni estrazione denti decidui con anestesia solo in caso di vulnerabilità sanitaria o sociale

La Tac dell'arto pre-chirurgia



La Tac di un arto superiore (spalla, braccio, gomito, polso, ecc) solo in caso di valutazione pre-chirurgica

Colesterolo totale sopra i 40 anni



Va eseguito come screening sopra i 40 anni e nei soggetti a rischio, va ripetuto solo dopo 5 anni

Allergie, screening con lo specialista



Lo screening per asma allergica, dermatite atopica, orticaria, ecc, solo dopo la visita specialistica



Il ministro della Salute
Beatrice Lorenzin

Sanità, tagli agli esami “inutili” Tac e analisi, ecco cosa cambia

► Nel decreto le 208 prestazioni nel mirino. Multe ai medici

ROMA Tagli in arrivo per gli esami medici “inutili”. La riorganizzazione garantirà un risparmio di 2,3 miliardi di euro. Sotto la lente sono finiti gli oltre duecento milioni di prestazioni l'anno che vengono erogate dalle strutture pubbliche e private: 208 di queste vanno rivedute e corrette per fermare gli spre-

chi. Stretta a 360 gradi per Tac e risonanze. Uno dei settori in cui è più frequente la prescrizione inutile. Per l'odontoiatria alcuni prestazioni restano a carico del servizio sanitario solo in caso di malattie gravi o disagio sociale. Sanzioni per i medici che non rispettano le regole.

Massi a pag. 19

Dalle cure dentarie per i bambini ai controlli per le allergie, arriva a 208 il numero delle prestazioni sanitarie “inappropriate”: sanzioni ai medici che le prescriveranno e costi a carico dei cittadini. Il ministro Lorenzin incontra i sindacati e spiega il taglio della spesa che dovrebbero portare a risparmiare 13 miliardi di euro. I camici bianchi contro il decreto: no alla black list

Sanità, stop agli esami inutili

**LA GRATUITÀ
DI ALCUNE ANALISI
VARIERÀ A SECONDA
DELLE CONDIZIONI
ANCHE ECONOMICHE
DEI PAZIENTI**

**IL DOTTORE DI FAMIGLIA
DOVRÀ ATTENERSI
SCRUPolosAMENTE
AL PROTOCOLLO
PER NON RISCHIARE
DI ESSERE MULTATO**

IL PROVVEDIMENTO

Tredici miliardi vengono spesi inutilmente ogni anno per esami e visite. Primo colpevole: l'eccesso di prescrizioni. Superflue, dunque, per arrivare ad una corretta diagnosi. Da qui, ad agosto, la decisione del governo di andare a recuperare risorse finanziarie proprio nelle pieghe di questa costosa sovrabbondanza di radiografie come di analisi del sangue.

Una riorganizzazione della macchina sanità per garantire il taglio, in tempi brevi, di 2,3 miliardi di euro. Sotto la lente le oltre duecento milioni di prestazioni l'anno che vengono erogate dalle strutture pubbliche e private. Risultato: 208 di queste rivedute e corrette per fermare gli sprechi. Ad agosto si parlava di 108 esami da “rivedere” ora il numero è salito a 208.

Il provvedimento, ancora in preparazione al ministero della Salute e ieri presentato ai sindacati, dovrebbe diventare presto

un decreto. Un documento che sembra andare a passo di corsa. I medici, infatti, hanno solo due giorni per presentare le osservazioni. Osservazioni che si sono già tradotte in contestazioni e l'annuncio di proteste a breve termine.

URGENZE GARANTITE

Sugli esami non una vera e propria scure ma un sì o no alla gratuità secondo la condizione di salute ed economica del paziente. Questo, per esempio, vale per l'odontoiatria. Si ad alcune cure “passate” dal servizio sanitario solo se il bambino o l'adulto sono, come si legge nel testo, «vulnerabili» sotto diversi aspetti. Se hanno gravi malattie croniche o se vivono in situazioni di disagio sociale. Regola che vale anche per l'estrazione di un dente come per l'applicazione di una corona. Anche per la dentiera. Urgenze odontoiatriche garantite a tutti. Stretta a 360 gradi per Tac e risonanze. Uno dei settori in cui, secondo l'analisi del Ministero, è più frequente la prescrizione inu-

tile. La richiesta di un esame particolarmente costoso, per esempio, deve essere giustificata da una serie di accertamenti precedenti che hanno evidenziato problemi da controllare ulteriormente. Questo vuol dire che sul tavolo del medico di famiglia arriverà un protocollo (nella colonna di sinistra è segnato il tipo di esame e a fianco le condizioni per il sì) e a questo dovrà attenersi con scrupolo. Pena sanzioni in caso di non appropriatezza della richiesta. Se il paziente con il mal di schiena insisterà per sottoporsi ad una risonanza si sentirà rispondere che, prima di quel controllo, dovrà farne altri, meno costosi, per

delineare la patologia. Gratuite Tac e risonanza nei casi in cui ci sia un tumore o un trauma come un incidente.

I FATTORI DI RISCHIO

Anche in laboratorio si vuole mettere uno stop al "consumismo sanitario": primo esame sotto monitoraggio quello del colesterolo totale. Può essere eseguito gratuitamente «come screening in tutti i soggetti di età superiore a 40 anni - si legge - e nei soggetti con fattori di rischio cardiovascolare o familiarità per dislipidemia. In assenza di valori elevati l'esame è da ripetere a distanza di 5 anni».

I test allergologici, come altri test, potranno essere "passati" dal servizio sanitario solo se c'è la prescrizione del medico specialista.

Contrari i medici che coprono di critiche gran parte del provvedimento. Si ai risparmi e al taglio degli sprechi. No alla "black list" ripetono. In particolare alzano gli scudi contro la previsione di sanzioni, anche pecuniarie, per i camici bianchi che non vogliono rispettare le nuove indicazioni. «Alzeremo i toni della nostra protesta» annuncia Silvestro Scotti della Fimmg, i medici di famiglia. Gli ospedalieri dell'Anaa, è il presidente Domenico Iscaro a parlare, prevedono «un danno al malato che vendendosi negare la Tac o l'esame rinuncerà a curarsi del tutto o andrà nel privato». «E' un meccanismo che rischia di rompere il rapporto tra noi e i pazienti», aggiunge Massimo Cozza, segretario Fp-Cgil medici. Tra due giorni il nuovo incontro in vista del decreto.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le novità

Estrazione denti solo in casi gravi



Da 0 a 14 anni estrazione denti decidui con anestesia solo in caso di vulnerabilità sanitaria o sociale

La Tac dell'arto pre-chirurgia



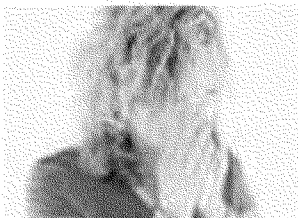
La Tac di un arto superiore (spalla, braccio, gomito, polso, ecc) solo in caso di valutazione pre-chirurgica

Colesterolo totale sopra i 40 anni



Va eseguito come screening sopra i 40 anni e nei soggetti a rischio, va ripetuto solo dopo 5 anni

Allergie, screening con lo specialista



Lo screening per asma allergica, dermatite atopica, orticaria, ecc, solo dopo la visita specialistica

LA LEGGE DI STABILITÀ

Alla lotteria dei tagli 2016

Balletto di cifre sul Fsn - Regioni e camici bianchi in allerta

Il premier gela la platea ipotizzando per il 2016 risorse pari al 2015 e Lorenzin si affretta a gettare acqua sul fuoco. Le Regioni e i medici sono sempre più sulle spine, chiedono chiarimenti e annunciano (i sindacati) la mobilitazione. Resta incerto il destino del Fsn nella prossima legge di Stabilità.

GOBBI A PAG. 5

STABILITÀ 2016/ Rebus su finanziamenti e possibili tagli in vista tra spending e revisione

Chi salverà il «soldato Fsn»

Lorenzin «paladina» dopo le gelate del premier - Le Regioni in allerta

Il balletto di cifre riserva continue sorprese ma insiste sempre sulla stessa «mattonella» dei tre miliardi. La quota, cioè, pari all'aumento del Fondo sanitario nazionale 2016, preventivato dal Patto per la salute firmato a luglio 2014.

Su questa certezza la scorsa settimana è arrivata però la doccia fredda del presidente del Consiglio, che in un'intervista tv spiegava sibillino: «Escludo tagli: sulla sanità, se le cose vanno in un certo modo, male che vada in legge di Stabilità ci saranno le stesse cifre di quest'anno». Cioè? Poiché proprio quest'anno la Sanità ha subito un taglio di 2,35 miliardi, le affermazioni di **Matteo Renzi** hanno spalancato il vaso di Pandora delle polemiche.

Dai sindacati medici alle Regioni che sono all'opposizione, si è scatenato un fuoco di fila di commenti e interpretazioni. Con la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** che provava, con qualche incertezza, a gettare acqua sul fuoco. Prima garantendo che l'aumento del Fondo «sarà di 2 miliardi» (ma non erano tre?), poi smentendo le voci su nuovi tagli lineari in arrivo. Finché è arri-

vata a maggiore chiarezza: secondo la ministra occorre «rimanere sullo stanziamento della stabilità del 2015 però facendo la spending, che non sono tagli ma la messa in efficienza del sistema». Poi, la lista di cose «assolutamente necessarie»: investire nella ricerca e dare accesso ai nuovi farmaci oncologici ed epatite C (rimpiungendo anche il fondo e abbassando il prezzo dei superfarmaci); investire sul personale soprattutto al Sud, dove il blocco del turn over ha messo in difficoltà le strutture sanitarie e tiene fuori dal mondo sanitario migliaia di giovani specializzati; potenziare i Pronto soccorso e la rete dell'urgenza del nostro paese.

Un piatto ricco, su cui però mostra cautela il presidente delle Regioni **Sergio Chiamparino**: «Nel Patto per la Salute che era stato proposto e sottoscritto dal Governo e da noi, le cifre erano 2 mld in più nel 2015, 3 mld nel 2016 e altri 2 mld in più sul 2017. Quindi quelli sul 2015 sono stati azzerati. Mi aspetto che non siano azzerati quelli sul 2016, anzi che ci sia un giusto adeguamento. Le cifre però le faremo quando saremo in condizione di vedere le carte», ha spiegato. Perché «bisogna trovare un equilibrio tra l'esigenza di risparmiare e quella di mantenere un'alta qualità

del nostro sistema sanitario. E questo si fa solo con gli investimenti».

Investimenti e difesa del Fsn è ciò che chiedono anche i medici. Che alla possibile valanga di nuovi tagli in arrivo rispondono con una mobilitazione generale, annunciata sotto il grande ombrello Fnomcc. Si farà a ottobre, quando con la presentazione della legge di Stabilità il governo scoprirà le carte. Intanto, pressano la ministra su un altro tema che scotta: la guerra alla iperprescrizione su cui è in arrivo il Dm che blinda 180 prescrizioni e che la scorsa settimana ha ricevuto il visto del Consiglio superiore di Sanità. Un altro tavolo da gioco, ma la partita è sempre quella.

Barbara Gobbi

E tutti i medici
si mobilitano

NUOVI MODELLI: DALLA PRATICA DEL "FOLLOW UP" ALLA CULTURA DELLA "SURVIVORSHIP CARE"

Appropriatezza: alleanza oncologi-Mmg per risparmiare 400 mln

DI CARMINE PINTO *

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

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

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

Reinvestire in innovazione. In questo modo potrà essere ottimizzata l'assistenza e diminuiranno i tassi di ospedalizzazione durante la sorveglianza clinica. E sarà risparmiato almeno il 30% delle risorse, da investire in terapie innovative. I nuovi principi cardine a cui si devono ispirare le visite di controllo sono contenuti nel documento di consenso firmato a Roma l'11 settembre da tutte le so-

cietà scientifiche coinvolte e dalle associazioni dei pazienti nel corso della Consensus Conference «Dalla pratica del follow up alla cultura di survivorship care», organizzata dall'Associazione italiana di Oncologia (Aiom).

Il follow up oncologico, cioè la sorveglianza clinica dopo il trattamento di un tumore, non ha solo il significato di anticipare la diagnosi di un'eventuale recidiva, ma deve riguardare tutte le condizioni che influenzano sulla qualità di vita della persona. Finora si è posto l'accento solo sul primo aspetto e non sono stati considerati gli ulteriori bisogni delle persone colpite dal cancro. E, soprattutto, non sono stati messi in atto

percorsi virtuosi.

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

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

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

Inoltre la maggioranza dei pazienti oggi non sviluppa recidive. Per questo è fondamentale che le visite di controllo rispondano ai nuovi bisogni di cure dovuti a invalidità e inabilità (per esempio, impotenza o incontinenza) che la malattia e i trat-

tamenti possono causare. Inoltre le visite di controllo rappresentano l'occasione per offrire consigli sui cambiamenti dello stile di vita in grado di

influire positivamente sulla prognosi.

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

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

dallo specialista è uno strumento fondamentale per migliorare il dialogo fra ospedale e territorio. Le modalità di interazione possono essere modulate sulla base del rischio di ricaduta, degli effetti collaterali tardivi e del contesto clinico.

I pazienti a basso rischio o con comorbidità rilevanti possono essere reindirizzati precocemente al medico di medicina generale. Le persone a rischio intermedio possono essere seguite con un modello sequenziale o di alternanza tra i due professionisti. I pazienti ad alto rischio richiedono invece un maggiore e più continuativo coinvolgimento dello specialista, almeno nei primi anni. Nel docu-

mento di consenso viene inoltre sottolineato che i Servizi sanitari prevedano

percorsi di accesso agli accertamenti con codici di priorità facilitanti. Infine il riferimento alla necessaria adozione di una modalità condivisa di registrazione

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

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

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Troppe visite
"incontrollate"
presso i centri
di riferimento

Reinvestire
in innovazione
il 30% di risorse
recuperate

Se il Ssn fa indietro tutta

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

CARTABELLOTTA A PAG. 13

ANGOLO DI PENNA

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

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

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

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

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

Emilia Grazia De Biasi - Presidente della

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

di Nino Cartabellotta *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* presidente Fondazione Gimbe

In pole ginecologia, medicina interna ed emergenza

Tartassate le specialità più strategiche

I gap tra programmazione carente e tagli

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

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

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

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

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

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

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

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

I CONTRATTI PRECARI PIÙ UTILIZZATI

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

Nc = non conteggiato nel censimento

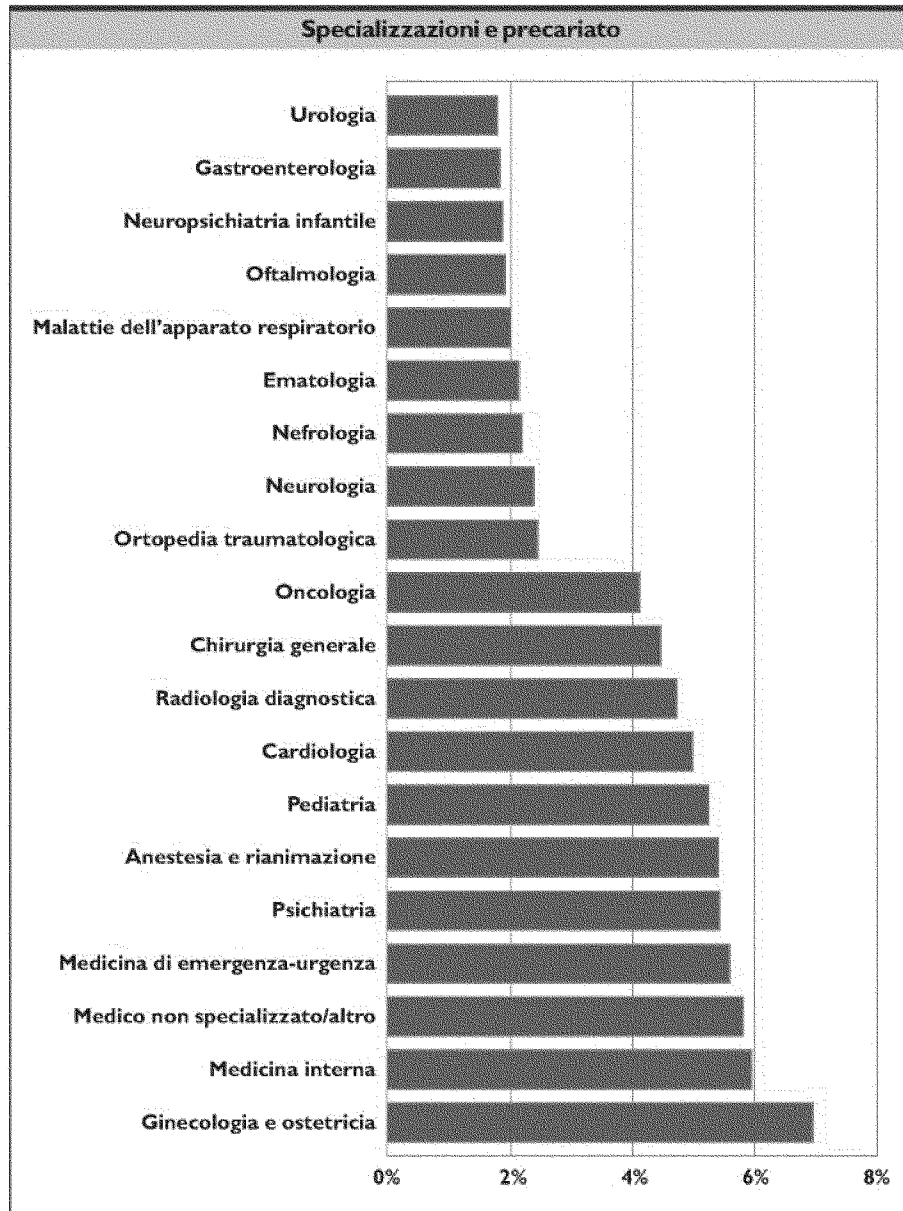
L'abuso di contratti atipici in corsia

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

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

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

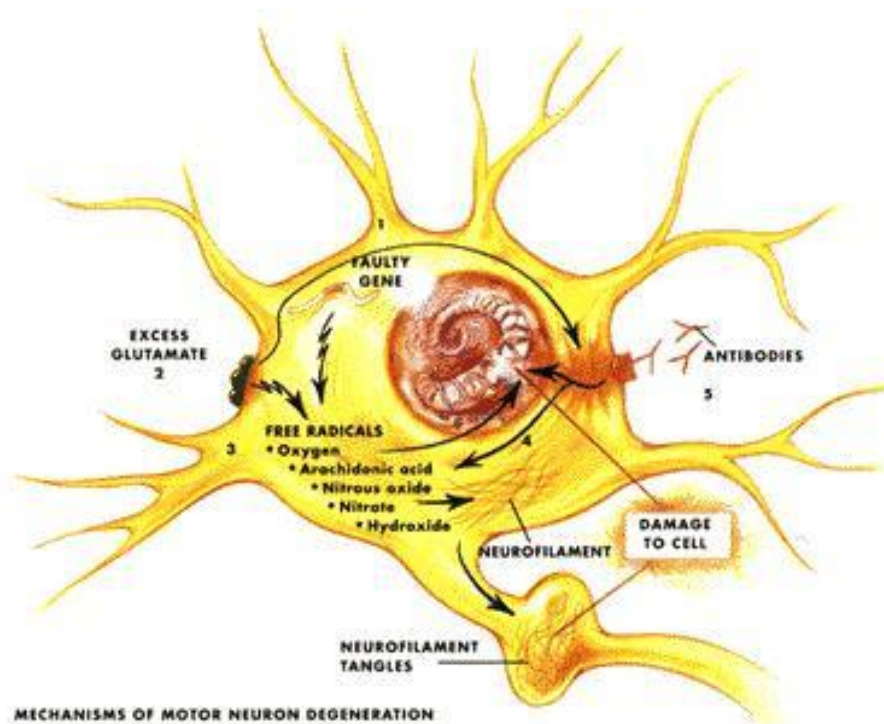
Da sottolineare poi la consuetudine, in alcune realtà ospedaliere, di attingere da graduatorie per avviso pubblico o concorso per proporre contratti atipici, contravvenendo al regolamento del bando medesimo.





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Le sorprese della fabbrica nascosta del Dna

MILANO PAGINA 44

L'ultima sorpresa del Dna: tutti i geni "impossibili" che non dovrebbero esistere

Da quello "spazzatura" una fonte per l'evoluzione

Carlo Alberto
Redi
Biologo

RUOLO: È DIRETTORE
DELLA SEZIONE DI BIOLOGIA DELLO
SVILUPPO NEL DIPARTIMENTO
DI BIOTECNOLOGIA
«LAZZARO SPALLANZANI»
DELL'UNIVERSITÀ DI PAVIA



GENETICA

GIANNA MILANO

Quando nel 2000 si tagliò il traguardo del Progetto Genoma, che portò alla mappatura dei geni che formano il nostro Dna, si pensò di sapere tutto di queste molecole essenziali alla vita. Ma non era così. E ora una clamorosa scoperta lo dimostra una volta di più.

Fino a non molto tempo fa l'idea prevalente era che i geni, al pari degli individui, avessero dei progenitori da cui si sono moltiplicati e diffusi, modificandosi a ogni interazione. Nella storia dell'evoluzione questo processo si potrebbe far risalire alle origini della vita stessa, 3,8 milioni di anni fa: copie di geni esistenti davano luogo a nuovi geni, quelli vecchi continuavano a fare il loro lavoro e le copie erano libere di evolvere. Non solo: un'altra idea consolidata era che per il 98% il nostro Dna (ridimen-

sionato a 20 mila geni dai 120 mila iniziali) fosse «spazzatura», materiale che non possedeva nessun codice per produrre questa o quella proteina. Niente di più erraneo.

I ricercatori hanno scoperto - e hanno portato le prove alla conferenza della «Società per la biologia molecolare e l'evoluzione» che si è svolta a Vienna - che ci sono tanti geni «nuovi», generati «ex novo», che non somigliano a nessun altro, non hanno antenati o parentele, e sono presenti in vari organismi, dal moscerino ai topi fino all'uomo. Da dove provenissero questi geni «orfani» è stato un rompicapo, ma ora - rivela una ricerca presentata da Mar Albà, biologo dell'«Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques» di Barcellona - ci si è resi conto che hanno origine da quel Dna «spazzatura». D'un tratto assumono una funzione e un ruolo attivo.

«La ricerca dimostra la nostra assoluta ignoranza in fatto di geni, molecole che sfuggono a una definizione riduzionistica. Oggi, grazie alle biotecnologie, ne conosciamo meglio la struttura, ma la loro funzione è un'altra cosa ancora. Non è la struttura che ne determina l'esito finale», spiega Carlo Alberto Redi, biologo all'Università di Pavia e membro dell'Accademia dei Lincei. Come e per-

ché i nuovi geni - 600 quelli potenzialmente umani finora catalogati - vengono assemblati o generati ex novo? «Forse bisogna tornare al pensiero di Jacques Monod, recuperando il concetto che il caso e la necessità dominano nella vita biologica. Inoltre, un gene non è un monolito, ma è fatto di tante parti operative, un set di blocchi che, a seconda della necessità e del caso (e dell'ambiente), vengono assemblati e assumono una funzione - aggiunge Redi -. Del resto, se la trafila fosse quella banale della replica di vecchi geni, non si potrebbero spiegare cambiamenti fondamentali come quelli a cui abbiamo assistito nella storia dell'evoluzione».

Una prima evidenza che il modello di duplicazione dei geni «progenitori» fosse troppo semplicistico era emersa già negli Anni 90, quando nacque le tecniche di sequenziamento del Dna. Analizzando il genoma di tanti organismi, ci si rese conto dell'esistenza di molti geni «orfani» che eludevano una classificazione. Da dove sbucavano? Fu finalmente nel 2006 che David Begun, biologo all'Università di California a Davis, raccolse le prime prove che questi geni potessero avere origine dal Dna non codificante,

quello «junk», spazzatura: mise a confronto le sequenze di diverse specie di moscerini (tra i più studiati è quello della frutta o *Drosophila melanogaster*) e scoprì che vari geni erano presenti in una specie o in due, ma non in altre, come se non appartenessero a geni antenati. Poi la prova: sequenze casuali di Dna spazzatura nel genoma dei moscerini potevano dare luogo a geni funzionanti.

«Così come una frase deve avere un inizio e una fine, anche il nuovo gene era corredato dai segnali che gli consentono di essere funzionale», ha precisato Begun a Vienna. Resta, però, la difficoltà di distinguere un gene nuovo da uno che è cambiato drasticamente rispetto al progenitore, problema che viene sfruttato da coloro che avanzano ancora dei dubbi sull'ipotesi della formazione di nuovi geni.

«Ma una riflessione è d'obbligo: come si può pensare che il 98% del nostro Dna non faccia nulla e che tutto sia delegato a un esiguo 2%? La natura non fa nulla che non serva e lo diceva già Aristotele - conclude Redi -. I nuovi geni potrebbero quindi avere, a seconda dell'ambiente, una funzione innocua, migliorativa o nociva, e aprono così una nuova strada allo studio di molte malattie».