

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
10 GENNAIO 2014

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Area autonoma sanitari nella Pa: Regioni favorevoli ma serve legge

Le regioni non dicono no a un'area specifica per la dirigenza medica e sanitaria all'interno del pubblico impiego. Ma servirà una legge. Lo si evince dal primo incontro dell'anno tra sindacati dei medici dipendenti e il presidente del comitato di settore, l'assessore ligure Claudio Montaldo, volto a tratteggiare il nuovo contratto ospedalieri, solo normativo e senza aumenti, almeno sulla carta. Le premesse non sono buone: la Legge di stabilità ha appena tolto al Ssn 1,15 miliardi in due anni bloccando l'indennità di vacanza contrattuale e abbattendo del 10% i fondi per gli straordinari dei medici. Le Regioni hanno dato una disponibilità generica su temi come l'uso dei fondi di crescita per "muovere" le posizioni economiche dei camici, o la copertura assicurativa degli ospedali. «Montaldo si dice disponibile a ricavare un'area sanitaria nel contratto dipendenti Pa anche per non svantaggiare il personale non sanitario, meno numeroso, le cui istanze sono fin qui state sottorappresentate. Occorrerà però trovare una fonte normativa adeguata per modificare la legge Brunetta», dice **Francesco Lucà** numero due di Fassid, Federazione che raggruppa i radiologi Snr, i patologi clinici di Aipac, i medici del territorio di Simet, i psicologi Aupi e i farmacisti ospedalieri Sinafo. «In deroga alla legge 122 che blocca le progressioni economiche, abbiamo proposto di usare fondi aziendali accantonati per via del pensionamento di dipendenti non rimpiazzati, fondi la cui entità totale non è quantificata. Si è già fatto nelle scuole». I sindacati sono favorevoli a che gli atti d'indirizzo per dipendenza e convenzioni vadano di pari passo per coordinare i progetti. Lucà aggiunge: «Ho posto il tema della copertura assicurativa per le aziende, obbligatoria nell'attuale contratto ma non applicata: gli ospedali si auto assicurano, e a noi medici dicono di coprirci in proprio, ma così non si danno certezze al sistema; Montaldo ha raccolto la sfida, nell'ottica di un "contratto innovativo e del patto per la salute". Un bene, ma altri tasselli restano da sbloccare. Il Ministero della Funzione Pubblica dovrà dare concretezza alla volontà degli assessori e l'Aran dovrà scrivere le regole».

Titolo V e contratto specifico, Milillo (Fimmg) a colloquio con Alfano

«È necessario rivedere l'articolo V della Costituzione e ridefinire il ruolo delle Regioni rispetto alla programmazione nazionale». Lo ha ribadito nell'incontro di mercoledì con il vicepremier **Angelino Alfano**, il segretario generale della Fimmg **Giacomo Milillo**, un incontro molto proficuo sottolinea, visto che «ho avuto la possibilità di esprimere alcune delle esigenze prioritarie, in senso innovativo e di governo, del Servizio sanitario nazionale». A soddisfare Milillo il metodo scelto dal Governo «c'è stata l'apertura di una modalità di comunicazione molto nuova rispetto a quelle espresse nel panorama politico che ho vissuto in questi ultimi anni; il ministro ha sostenuto la necessità, alla vigilia del patto di

governo [previsto per oggi, ndr], di approfondire i temi per il contratto con i protagonisti della società». Sono stati molti gli argomenti affrontati durante l'incontro dal rappresentante dei medici di medicina generale, che si è soffermato in particolare sul finanziamento del Servizio sanitario, ponendo l'accento sul ruolo che possono giocare i fondi integrativi. E nell'ambito specifico della medicina generale? «Non mi è stato richiesto un discorso specifico sulla categoria, ma sulla sanità nel suo complesso; tuttavia il rinnovo della convenzione è un'opportunità di innovazione, che ha un significato organizzativo e non solo di stretta tutela degli interessi dei professionisti». Milillo ha voluto sottolineare il disagio di tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, che stanno stretti in una posizione di massificazione con altri lavoratori del pubblico impiego: «Nel senso che – chiarisce – si tratta di una categoria che ha bisogno di maggiore flessibilità e di un'area specifica di contrattazione, serve un'attenzione in grado di alimentare una motivazione che è andata scemando in questi ultimi anni».

Stamina, gli esperti: dosi di cellule adatte ai topi

Il controverso metodo Stamina continua a far discutere. Sono i documenti prodotti dal Comitato scientifico del ministero della Salute - già "bocciato" dal Tar del Lazio perché ritenuto non imparziale – ad aggiungere nuovi elementi di dubbio. Le dosi di cellule staminali mesenchimali indicate nel protocollo Vannoni sono, infatti, minime, adatte ai topi ma non certo all'inoculazione in un essere umano. La dose utilizzata per i trapianti cellulari nell'uomo, osservano infatti gli scienziati, è di circa due milioni per chilogrammo di peso corporeo, mentre il protocollo Stamina prevede il trapianto di due milioni di cellule in totale, come nel caso della Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), e l'adeguamento al peso corporeo non viene indicato con una dose esatta. Non solo.

Gli esperti rilevano che le cellule sono ottenute in coltura primaria, ossia sono ottenute dalla prima coltura cellulare e senza ricorrere ai successivi passaggi seriali utilizzati normalmente nei laboratori per ottenere una quantità di cellule adatta al trapianto nell'uomo. Infine il metodo non ha dimostrato prove di differenziazione cellulare, ossia di trasformazione delle staminali iniettate in neuroni. E non ha evidenziato rispetto dei criteri di sicurezza nella produzione e nella conservazione delle cellule, e nessun metodo messo in campo per lo screening di patogeni, in parole povere nessuna prevenzione di possibili infezioni.

Soprattutto, secondo gli scienziati, la metodologia di Davide Vannoni non spiega come si riesca ad ottenere dalle cellule staminali i neuroni necessari a ottenere miglioramenti nelle patologie degenerative che Stamina Foundation sostiene di ottenere. Ragioni sufficienti a indurre l'agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) a diffidare gli Spedali Civili di Brescia “dal procedere al prelievo e al conseguente trasferimento di campioni cellulari riferibili al cosiddetto 'metodo Stamina'”. Il presidente di Stamina Foundation, Davide Vannoni, aveva annunciato che test su campioni cellulari del metodo sarebbero stati effettuati a gennaio negli Stati Uniti, all'Università di Miami, espletate le previste procedure di autorizzazione.

Picano (Cnr), troppi raggi x in cardiologia. Di Biase (Sic): nessun problema clinico

I cardiologi fanno ricorso a troppe procedure ed esami radiologici? A sollevare la questione i dati della Società Europea di Cardiologia riportati in un articolo sullo European Heart Journal, secondo i quali la cardiologia dà conto del 40% dell'esposizione a raggi X dei pazienti, più del 50% se si considerano solo le radiografie della zona toracica. E dal 30 al

50% di questi esami sarebbero parzialmente o totalmente inappropriati. «Credo che la piaga dell'inappropriatezza dei test cardiologici» sottolinea a DoctorNews il responsabile dello studio **Eugenio Picano**, membro della Società e direttore dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Cnr di Pisa, «sia universalmente riconosciuta, tanto da essere diventata oggetto di una campagna di marketing sociale da parte del governo degli Stati Uniti e delle associazioni professionali: si pensi alle campagne Image gently, Image wisely, e Choosing wisely. Il problema di fondo - sostiene il governo degli Stati Uniti, e ora la Società Europea di Cardiologia - è che la prescrizione dei test di immagine ha profonde ripercussioni sulla sostenibilità economica (per i costi) e sanitaria (per i rischi) e non può essere lasciata all'interesse delle corporazioni. Piccoli rischi moltiplicati per miliardi di esami diventano significativi rischi di popolazione e sprechi insostenibili» aggiunge Picano. Non è dello stesso avviso la Società italiana di cardiologia che per voce del suo presidente **Matteo Di Biase** definisce lo studio «fuori dalla realtà». «Il problema clinico non sussiste e si tratta di calcoli puramente teorici» aggiunge Di Biase. «Sono esami che richiedono un certo impegno sia sotto il profilo economico sia sotto quello del rischio e se vi si ricorre» sottolinea il presidente Sic «è perché strettamente necessario. Ci fossero sistemi diversi faremmo ricorso ad alternative, ma comunque non esiste alcun rischio per il paziente che viene sottoposto a coronarografie o ad angioplastica coronarica. Oltretutto» conclude Di Biase «anche noi operatori ogni giorno veniamo sottoposti a un dosaggio di raggi x. E di sicuro non ci esporremo a un rischio inutile». Un dato quest'ultimo che Picano smentisce precisando come «i cardiologi interventisti, che fanno angioplastiche e ablazioni e dopo 30 anni di sala accumulano un extra-rischio di cancro di 1 su 100. Sono talmente a rischio da essere oggi oggetto di studi su larga scala negli Stati Uniti e in Italia». Ecco perché, conclude «l'intera comunità dei cardiologi deve essere proattiva minimizzando l'uso della radiologia» solo ai casi necessari.

Usa: tumori diminuiti del 20% negli ultimi 20 anni

Negli Stati Uniti i decessi per cancro sono diminuiti del 20% negli ultimi 20 anni, in modo lento ma costante, grazie alla riduzione del fumo, al miglioramento della diagnosi precoce e a un maggiore ricorso alla prevenzione. Lo si apprende dal rapporto annuale dell'American cancer society, da poco messo online, in cui si sottolinea che questa tendenza, nello stesso arco di tempo, è risultata particolarmente evidente in alcuni strati della popolazione, come i soggetti neri di sesso maschile di mezza età (40-49 anni) in cui il rischio di exitus per cancro si è dimezzato. Peraltro, i tassi di mortalità tra i neri continuano a essere superiori rispetto ai bianchi per quasi tutti i principali tipi di cancro e per tutti i tumori combinati.

Complessivamente, secondo il rapporto, la mortalità per cancro è scesa da un picco di 215,1 per 100 mila adulti nel 1991 a 171,8 nel 2010: in altre parole, sono state evitati 1,3 milioni di decessi. Limitatamente agli ultimi 5 anni (2006-2010) i tassi di morte per cancro negli Usa sono diminuiti dell'1,8% negli uomini e dell'1,4% nelle donne. Nello stesso periodo, i tassi di incidenza sono diminuiti leggermente negli uomini (0,6 % all'anno) mentre sono rimasti stabili nelle donne. «I progressi che stiamo osservando sono buoni, perfino notevoli, ma possiamo e dobbiamo fare ancora meglio» ha dichiarato John R. Seffrin, direttore esecutivo della American Cancer Society in un comunicato. Secondo proiezioni per il 2014 ci saranno 1,7 milioni di nuovi casi di cancro e 586 mila morti da attribuire a varie neoplasie. Per gli uomini circa la metà di tutti i nuovi tumori saranno a carico di prostata, polmone e colon. Per le donne, invece, i tre tumori più comuni colpiranno mammella,

polmone e colon. In particolare, il cancro alla prostata continuerà a essere il tumore più comune negli uomini, pari a circa 1 su 4 nuovi casi (27%). Il cancro al seno si prevede che rappresenterà circa il 29% dei nuovi casi di tumore nelle donne. Nell'insieme, però, sarà il cancro del polmone la principale causa di morte negli uomini e nelle donne (rispettivamente, 28% e 26%).

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Trapianti. Quasi il 90% dei pazienti torna a una vita normale

Sono i dati del Centro nazionale trapianti. In particolare è reinserito nella vita sociale l'89,5% dei trapiantati di rene, l'89,3% di cuore e il 75,9% di fegato. E anche se molte strutture non raggiungono il numero minimo di trapianti per garantire la sicurezza, Nanni Costa assicura: "Le performance sono ottime ovunque. Semplicemente si fanno meno trapianti".

“La qualità dei trapianti effettuati in Italia, così come la sopravvivenza dei pazienti e degli organi, è migliorata notevolmente negli ultimi anni, e anche nel 2011 l'outcome dei trapianti italiani è paragonabile - o superiore - ai principali Paesi europei”. A sottolinearlo è il ministero della Salute, pubblicando gli ultimi dati sulla qualità dei trapianti in Italia da cui emerge, in particolare, che l'89,3% dei trapiantati di cuore, il 75,9% dei trapiantati di fegato e l'89,5% dei trapiantati di rene sono reinseriti nella vita sociale e conducono una buona qualità di vita, come emerso nel corso degli audit effettuati nei Centri trapianto italiani tra il 2001 e il 2011. Dunque il trapianto non solo salva la vita, ma permette anche un pieno reinserimento nella vita sociale, sottolinea il ministero secondo il quale “questi risultati sono il frutto dell'alta professionalità dei medici e di tutti gli operatori coinvolti nel sistema trapianti”.

Tuttavia sono numerose le strutture che non raggiungono quella che è considerata "la soglia di sicurezza dell'attività", cioè il numero di trapianti minimi per struttura, pari a 25 ogni anno per il cuore e il fegato, a 30 per il rene. Nel caso dei trapianti di cuore, nel 2011 sono rimasti sotto la soglia dei 25 interventi 16 strutture su 19, anche se di quelle 16 ce ne sono 5 che hanno superato i 20 interventi nel corso dell'anno. Nel caso dei trapianti di rene, nel 2011 sono rimasti sotto la soglia dei 30 interventi 15 strutture su 43, anche se di quelle 15 ce ne sono 4 che hanno superato i 25 interventi nel corso dell'anno. Nel caso dei trapianti di fegato, infine, nel 2011 sono rimasti sotto la soglia dei 25 interventi 8 strutture su 22, anche se di quelle 8 ce ne sono 5 che hanno superato i 20 interventi nel corso dell'anno.

Ma questi numeri non devono allarmare. Lo garantisce il direttore del Centro nazionale trapianti, **Alessandro Nanni Costa**, a cui abbiamo chiesto una spiegazione su quei dati. "Quelle 'soglie di sicurezza' sono state stabilite dall'Istituto superiore di Sanità molti anni fa, quando le opportunità terapeutiche alternative erano inferiori e l'età dei donatori era più bassa, di conseguenza il numero di trapianti più. Oggi è impossibile raggiungere quelle soglie in tutti i Centri, proprio a causa della riduzione degli interventi. In ogni caso posso garantire che dalle nostre indagini emerge che in tutte le strutture italiane si registrano

performance cliniche ottime nell'ambito dei trapianti, indipendentemente dal numero di interventi effettuati durante l'anno".

Per spiegare meglio la situazione, Nanni Costa porta l'esempio del trapianto di cuore. "Nel corso degli anni il numero di interventi si è notevolmente ridotto, passando dai 356 del 2009 ai 213 di questo anno. Questo è avvenuto in parte perché l'età dei donatori cresce e di conseguenza non sempre gli organi sono utilizzabili, ma anche perché oggi ci sono terapie sostitutive al trapianto. La gestione della malattia e il suo decorso sono così cambiate da rendere il trapianto sempre meno necessario e, di conseguenza quelle soglie sono incoerenti. Nessun allarme, i nostri centri funzionano. D'altra parte, se così non fosse, i risultati sui pazienti non sarebbero ottimi come documentato".

Ecco i principali dati in termini di attività e qualità di vita dei pazienti riguardanti i trapianti di [rene](#), [cuore](#) e [fegato](#) nel periodo 2000-2011 diffusi dal Centro nazionale trapianti.

RENE

Tra il 2000 e il 2011 sono stati 18.583 i trapianti di rene effettuati (1.536 nel 2011). La struttura dove sono stati effettuati più trapianti nel periodo 2000-2011 è l'Ao San Giovanni Battista di Torino (1.241), che si conferma la struttura con maggiore attività di trapianto di fegato anche nel 2011, con 95 interventi di trapianto di rene. L'età dei donatori è stata superiore ai 60 anni in 4.245 casi, mentre 7.669 riceventi avevano oltre 50 anni di età.

Quanto al numero di interventi in riferimento alla "soglia di sicurezza" per la quale valgono comune le precisazioni di Nanni Costa, nel 2011 sono state 15 strutture su 43 a non raggiungere il numero minimo di 30 trapianti di reni l'anno, cioè: l'Ospedale Civile San Salvatore dell'Aquila (che ne ha effettuati 18), l'Ao di Cosenza (13), l'Ao Vito Fazzi di Lecce (9), il Policlinico di Modena (che tuttavia ne ha effettuati 29), l'US Federico II di Napoli (17), l'Ismett di Palermo (22), l'Ao Pediatrico di Padova (17), l'Ao di Perugia (14), il San Matteo di Pavia (che tuttavia ne ha effettuati 28), l'Ao Bianchi M. Morelli di Reggio Calabria (14), il Policlinico Umberto I di Roma (che ne ha effettuati 25), l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (10), l'Ss Annunziata di Sassari (1), l'Ospedale Regina Margherita di Torino (6) e l'Ospedale di Vicenza (che ha raggiunto quota 25).

Passando alla qualità di vita delle persone trapiantate, l'89,5% dei pazienti lavora o dice di essere nelle condizioni di farlo. Non lavora per scelta il 3,3% dei pazienti, non lavora per malattia il 2,5%, mentre è ospedalizzato il 2,9%.

CUORE

Tra il 2000 e il 2011 sono stati 3.821 i trapianti di cuore effettuati (278 nel 2011). La struttura dove sono stati effettuati più trapianti nel periodo 2000-2011 è l'ospedale policlinico San Matteo di Pavia (440), anche la struttura con maggiore attività di trapianto di cuore nel 2011 è stata il Sant'Orsola Malpighi di Bologna (32 interventi). I donatori avevano oltre 50 anni di età in 721 casi, i riceventi superavano i 50 anni in 2.212 casi.

Quanto alla "soglia di sicurezza", per quanto riguarda il cuore nel 2011 non hanno raggiunto il numero minimo di 25 trapianti l'anno 16 strutture su 19, anche se in molti casi il traguardo è stato sfiorato. In particolare, non hanno raggiunto la soglia: l'Ao Policlinico di Bari (5 trapianti di cuore effettuati), l'Ospedale Riuniti di Bergamo (20), l'Ao G. Brotzu di Cagliari (10), il San camillo De Lellis di Chieti (0), l'Ao V. Emanuela Ferrarotto di Catania

(0), il Ca Granda Niguarda di Milano (23), l'Ao Monaldi di Napoli (23), l'Ismett di Palermo (12), il Benfratelli di Palermo (0), l'Ao di Padova (21), l'Ao San Matteo di Pavia (22), il San Camillo-Forlanini di Roma (14), l'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma (12), gli Ospedali Riuniti di Siena (15), l'ospedale infantile Regina Margherita di Torino (3) e l'Ao di Verona (15).

Passando alla qualità di vita delle persone trapiantate, l'89,3% dei pazienti lavora o dice di essere nelle condizioni di farlo. Non lavora per scelta il 4,9% dei trapiantati, non lavora per malattia il 2,2%, mentre è ospedalizzato l'1,6%.

FEGATO

Tra il 2000 e il 2011 sono stati 11.484 i trapianti effettuati (1.018 nel 2011). La struttura dove sono stati effettuati più trapianti nel periodo 2000-2011 è l'Ao San Giovanni Battista di Torino (1.652), che si conferma la struttura con maggiore attività di trapianto di fegato anche nel 2011, con 137 interventi. I donatori avevano oltre 60 anni di età in 4.133 casi, 6.445 donatori avevano più di 50 anni.

Quanto alla "soglia di sicurezza", per quanto riguarda il fegato nel 2011 non hanno raggiunto il numero minimo di 25 trapianti all'anno 8 strutture su 22, anche se in 5 casi il traguardo è stato sfiorato. In particolare, non hanno raggiunto la soglia minima: l'Ao Policlinico di Bari (che però ha effettuato 25 trapianti), l'Ao San Martino di Genova (11), l'Umberto I di Roma (che però ne ha effettuati 22), l'Ao San Camillo-Fornalini di Roma (di nuovo 22), l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma (13), il Policlinico Gemelli di Roma (19), l'Aou Tor Vergata di Roma (che però ne ha effettuati 22) e l'Ao di Verona (21).

Passando alla qualità di vita delle persone trapiantate, il 75,9% dei pazienti lavora o dice di essere nelle condizioni di farlo. Non lavora per scelta il 6,4% dei trapiantati, non lavora per malattia il 4%, mentre è ospedalizzato l'8,2%.

Droghe leggere. Lorenzin: "Contraria a liberalizzazione". E su stamina "Sono preoccupata anche per aspetti giudiziari"

Così il ministro della Salute intervenuta ieri mattina ai microfoni di Radio 1. Per Lorenzin si tratterebbe di un messaggio destabilizzante che "rischia di far sottovalutare il problema, soprattutto da parte dei più giovani". Sul caso stamina: "Voglio sia fatta chiarezza sia dal punto di vista giudiziario che sanitario"

"Sono assolutamente contraria alla legalizzazione delle droghe leggere. Una scelta che porterebbe danni culturali e sanitari". Così questa mattina il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è intervenuta nel dibattito sulla legalizzazione delle droghe leggere a *Prima di tutti*, il programma in onda su *Radio 1*. Quello delle droghe leggere è un tema che si è infiammato in questi giorni, dopo le aperture sia da parte dell'assessore regionale lombardo della Lega Nord **Gianni Fava**, che ha incassato anche l'appoggio del vicecapogruppo alla Camera del suo partito, **Gianluca Pini**, sia dall'assessore alla sanità ligure **Claudio Montaldo** che ha parlato di un "fallimento" delle logiche proibizioniste. Mentre i partiti si spaccano sul tema, il senatore Pd, **Luigi Manconi**, si è messo in moto presentando un Disegno di legge con l'obiettivo di depenalizzare l'uso personale di queste sostanze.

Oggi il ministro Lorenzin, prendendo posizione, ha spiegato che "uno dei temi che viene evidenziato è quello di trarre benefici economici dalla commercializzazione delle droghe leggere, come ad esempio hanno fatto in Olanda, con la commercializzazione della

marijuana e creando di fatto un turismo internazionale della marijuana. Tutto questo ottenendo due risultati: primo i danni estremi per la salute dei cittadini, e secondo l'affermazione di una cultura della normalizzazione dell'uso di sostanze psicotrope, che continua a produrre in Italia, in Europa e nel mondo danni enormi, molto più gravi di quelli legati all'uso di una singola sostanza".

Di dipendenze per Lorenzin "si parla troppo poco". "Come facciamo a parlare di liberalizzazione - ha detto il ministro - se i numeri indicano una diffusione sempre maggiore fra i giovanissimi di uso di sostanze, non solo marijuana, hashish, ecstasy, cocaina, ma purtroppo anche il ritorno dell'eroina, oppiacei, cocktail, sostanze legate all'alcol". Questi per il ministro sono "messaggi negativi anche sul piano culturale, destabilizzanti. Rischiamo di far passare, riprodotta come un mantra, un' idea di sottovalutazione del problema, come accaduto negli ultimi 30 anni. Ed è un messaggio che di fatto aiuta il consumo, deresponsabilizzando sull'uso di queste sostanze. E' un danno per i giovanissimi e anche per gli adulti".

Tornando poi a parlare del caso Stamina, Lorenzin ha detto: "Io credo che il lavoro del Senato sulla questione Stamina sia molto importante. Questa è una vicenda che il Paese si porta appresso da molto tempo, sono ormai 3 anni. Noi abbiamo lavorato con il massimo rigore e la massima serietà, soprattutto nel rispetto delle famiglie. Mi preoccupano moltissimo i risvolti giudiziari: ogni giorno emergono elementi inquietanti e uso questo aggettivo perchè sto parlando da ministro, altrimenti utilizzerei altri aggettivi. Vogliamo assolutamente che sia faccia chiarezza, sia dal punto di vista giudiziario, e questo è un diritto per tutti, sia dal punto di vista sanitario, accertare quello che è accaduto, quello che sta accadendo ai pazienti".

"Noi - ha proseguito il ministro - avevamo già istituito un comitato scientifico che aveva bocciato Stamina, decidendo che il metodo che ci avevano consegnato non aveva alcuna valenza scientifica e che è pericoloso per i pazienti. Dopodichè, è stato fatto un ricorso al Tar, Stamina Foundation ha vinto questo ricorso e ci stiamo attenendo alla legge istituendo un nuovo Comitato che dovrà dare una nuova valutazione. Voglio dire con chiarezza alle famiglie e ai pazienti che non sono sole, ho messo a disposizione, come ministero, a queste famiglie la possibilità di ricorrere a cure alternative, palliative, quindi le famiglie non sono sole".

"Questa vicenda però - ha concluso Lorenzin - ci deve essere di monito. Non dobbiamo dimenticare il valore del metodo scientifico, che non ha nulla a che vedere con la ricerca del consenso politico, ma è un valore assoluto. Troppi parlano di cose che non conoscono".

Contenzioso medico legale. Sigo, Agoi e Agui : “No alle campagne pro-denunce contro i camici bianchi”

I ginecologi si schierano contro gli spot TV sui presunti casi di malpractice: “Il 90% delle cause legali termina con un’assoluzione. La malasànità si combatte con il dialogo tra medici, pazienti ed istituzioni”. E per risolvere il problema del contenzioso “meglio stabilire un tetto massimo ai risarcimenti”

Stop alle campagne televisive e mediatiche pro-denunce contro medici e chirurghi accusati di presunti casi di malasanità. È questa la richiesta avanzata con forza dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri (AOGOI) e dall'Associazione Ginecologi Universitari (AGUI) che per risolvere il problema dei contenziosi medico legali indicano come possibile soluzione, stabilire un tetto massimo ai risarcimenti, come già avviene negli Stati Uniti. Un limite che potrà garantire la copertura assicurativa a tutto il personale che lavora all'interno del Ssn.

“Il 10% delle denunce contro i camici bianchi è a carico dei ginecologi – ha affermato il Presidente Sigo, **Paolo Scollo** – chi sbaglia è giusto che paghi e ogni cittadino ha il diritto a rivolgersi alla magistratura se pensa di aver subito un'ingiustizia. Ma istigare la popolazione a sporgere denuncia tramite martellanti campagne mediatiche è un elemento molto pericoloso e controproducente sia per noi che per i pazienti. Il rischio è che molti medici di fronte a una severa emergenza, si rifiuteranno di assumersi potenziali e gravi responsabilità. Ma, se un chirurgo o un traumatologo possono, a volte, ritirarsi di fronte a casi complicati, questo non può avvenire per il ginecologo ostetrico, che opera in sala parto ed è costretto a prendere importanti decisioni in tempo reale per tutelare la salute di madre e neonato”.

“Il rischio legato a queste campagne – ha aggiunto **Vito Trojano**, Presidente Aogoi – è alimentare il contenzioso che andrà così a pesare sul lavoro dei Tribunali e degli stessi medici, con forti ricadute sociali come la diminuzione della fiducia nei lavoratori del servizio sanitario nazionale. Aumenterà anche il ricorso alla medicina difensiva e i costi assicurativi per i camici bianchi. Anche perché vi è un ragionamento del tutto non condivisibile e irricevibile: il potenziale rimborso in questi casi non è a carico dello Stato ma dei suoi operatori, cioè medici, infermieri e ostetriche che purtroppo non possono intervenire in alcun modo nelle scelte aziendali strategiche riguardanti qualità e sicurezza in corsia e in sala operatoria. Questi spot non porteranno quindi nessun beneficio per la collettività ma solo ad alcuni consorzi di consulenti legali che possono speculare su questo tipo di contenzioso. Ricordiamo infatti che 9 cause legali su 10 contro i medici terminano con un'assoluzione da parte della magistratura”.

“La malasanità non si combatte a colpi di spot ma migliorando la preparazione del personale sanitario” ha infine aggiunto Presidente Agui, **Nicola Colacurci**.

“Noi ginecologi – hanno concluso i tre Presidenti – da anni siamo impegnati nella prevenzione di questi casi, assicurando il costante dialogo tra medici, pazienti ed istituzioni; elaborando linee guida condivise; organizzando corsi di aggiornamento; istaurando rapporti di collaborazione con le varie figure professionali che si occupano del benessere della donna. L'enorme crescita del contenzioso medico-legale è stato uno dei motivi dello sciopero del 12 febbraio 2013. Per la prima volta nella storia repubblicana noi ginecologi abbiamo incrociato le braccia per protestare contro la difficile situazione nella quale dobbiamo quotidianamente lavorare. Una possibile soluzione è stabilire un tetto massimo ai risarcimenti come già avviene negli Stati Uniti. Questo limite potrà garantire la copertura assicurativa a tutto il personale che lavora all'interno del sistema sanitario nazionale”.

Il comitato di settore riparla di contratto: Montaldo (presidente) sollecita l'applicazione della riforma Brunetta

«Siamo pronti: ora la parola passa ai ministri, Funzione pubblica in testa, e se il Governo chiuderà la definizione dei contratti con l'Aran ho già scritto a D'Alia per un rapido incontro dopo il quale si comincerà subito a ragionare sui nuovi contratti». Ad affarmarlo è Claudio Montaldo, presidente del comitato di settore Regioni-Sanità (e assessore alla sanità della Liguria) che ha appena concluso presso la sede della conferenza delle Regioni un incontro con le organizzazioni sindacali delle Regioni e della sanità.

Nel corso del confronto è stato affrontato il tema del rinnovo contrattuale. «Bisogna avviare una stagione contrattuale per cambiare sanità e pubblica amministrazione e il nuovo contratto – ha detto ancora Montaldo – può rappresentare da un lato un'occasione per favorire i processi di innovazione nella sanità e in generale nella pubblica amministrazione, dall'altro può progressivamente ridare fiducia ai lavoratori del settore dopo 5 anni di blocco e di contrazione delle risorse economiche e umane».

L'approccio proposto al tavolo è pragmatico per dare attuazione all'articolo 40 del Dlgs 165/01 e della Legge 150/2009 che hanno portato all'istituzione di 4 comparti della Pa, tra cui quello "Regioni-Sanità". A questo proposito Montaldo ha reso noto alle organizzazioni sindacali di aver avviato, congiuntamente con il presidente del Comitato di settore delle Autonomie locali, Umberto Di Primio, un'azione di sollecitazione al ministro della Pubblica amministrazione per l'emanazione dei provvedimenti di competenza.

Montaldo ha sottolineato la necessità di porre attenzione alla "variabile tempo", evitando ulteriori rimandi e dilazioni, concentrandosi sull'obiettivo del rinnovo contrattuale. «Naturalmente in questo quadro – ha spiegato Montaldo - occorrerà affrontare e risolvere il tema della creazione di un'area contrattuale per la dirigenza medica e sanitaria».

Infine secondo Montaldo è importante costruire una «sintonia con i lavori avviati dalle Regioni, dal ministero della salute e dal ministero dell'economia per il nuovo Patto per la salute e con la contrattazione dell'area convenzionale (medicina generale, la pediatria e la specialistica)».

«Poiché per altri due anni non sarà possibile discutere di aumenti salariali, auspichiamo che l'apertura della trattativa sulla parte normativa del contratto della dirigenza medica - ha commentato **Francesco Lucà, coordinatore nazionale Fassis** e segretario del Sindacato nazionale radiologi - possa servire a sbrogliare le questioni irrisolte della nostra categoria. Pensiamo ad esempio al tema delle assicurazioni professionali rimasto in stand by: quale occasione migliore per costruire contrattualmente un sistema assicurativo funzionante e uguale per tutti? O, ancora, perché non approfittarne per dirimere il problema della responsabilità professionale, definendola attraverso il contratto? I temi non mancano, serve solo la buona volontà e in questo modo la contrattazione avrebbe un significato forte e importante».

«Vorremmo poi sederci al tavolo della trattativa anche per sbloccare la legge 122/2010 - aggiunge - nella parte che impedisce le progressioni economiche aziendali. L'abbiamo già detto in passato e non ci stancheremo di ripeterlo: non c'è motivo per cui non possiamo utilizzare i fondi aziendali, i soldi ci sono già e lo Stato non dovrebbe spendere niente, in questo modo si potrebbero garantire gli scatti di anzianità ridando fiato alla categoria».

La **Cisl medici** ha ribadito l'impossibilità di procedere a un rinnovo contrattuale a fronte di

un blocco del turn over e a un taglio dei posti letto come risparmio sanitario, ma «soprattutto – ha sottolineato il segretario nazionale **Biagio Papotto** – il contratto deve essere uno strumento di forte innovazione, ma che abbia in sé aspetti innovativi che permettano una capillare e certa applicazione nelle Regioni e nelle aziende. La Cisl medici – ha concluso Papotto – rimane in attesa degli ulteriori e successivi sviluppi sull'Atto di Indirizzo e sulla copertura economica, a partire dal 2015, che dovrà trovare applicazione all'interno del contratto».

«Il contratto di lavoro deve portare dei benefici ai lavoratori che rappresentiamo – afferma **Andrea Bottega segretario nazionale del Nursind** – non serve a dare senso all'esistenza dei sindacati. Abbiamo detto che la sanità ha già dato ampiamente il suo contributo al risanamento delle finanze pubbliche con la contrazione del personale dipendente esito del blocco del turn over, con il blocco stipendiale che dura da anni, con l'innalzamento della professionalità e responsabilità richiesta a seguito dei mutati modelli organizzativi, delle nuove tecnologie dei contesti sempre più complessi di azione».

«Le regioni – continua Bottega – chiedono un contratto innovativo. Di innovativo ci potrebbe essere che si applichino intanto i contratti esistenti. Utilizzo improprio dello straordinario, sfioramento del numero delle pronte disponibilità, coordinatori inquadrati in livelli giuridici ed economici diversi a parità di mansioni, demansionamento dei professionisti, ... Questi semplici problemi richiedono delle risorse disponibili e non affrontare questi problemi significa non governare l'organizzazione del lavoro».

«Come Nursind – conclude Andrea Bottega – presenteremo una richiesta di individuare una sezione per le professioni sanitarie a parte all'interno del comparto che potrebbe comprendere la parte sanitaria e le regioni. Effettivamente la parte amministrativa potrebbe essere trasversale alla sanità, agli enti locali e alle regioni; questo agevolerebbe anche la mobilità in caso di riorganizzazioni».

Stamina: Aifa diffida gli Spedali Civili di Brescia dal trasferire le cellule. Nuove critiche al protocollo: «Quantità di cellule utilizzata nei trapianti sui topi»

L'Agenzia italiana del farmaco diffida gli Spedali Civili di Brescia «dal procedere al prelievo e al conseguente trasferimento di campioni cellulari riferibili al cosiddetto "metodo Stamina"». È quanto si legge nel testo indirizzato alla struttura bresciana, dal quale si evince che una richiesta di trasferimento è stata presentata lo scorso 3 gennaio. Le domande sono comunque più d'una. Oltre a **Camillo Ricordi** di Miami, hanno inoltrato richiesta anche tre scienziati italiani: **Paolo Bianco** della Sapienza di Roma, **Michele De Luca** dell'Università di Modena e Reggio Emilia e **Umberto Galderisi** della Seconda università di Napoli.

La diffida

L'Aifa rileva che «non si ravvisano i presupposti per l'affidamento delle attività oggetto di tali richieste, in quanto non hanno avuto avvio né dall'Aifa né da competenti soggetti pubblici/istituzionali bensì da terzi, per i quali non si riscontra alcun tipo di interesse diretto a caratterizzare o definire biologicamente il prodotto cellulare». Un'attività, quest'ultima, che «comunque avrebbe dovuto essere effettuata prima dell'avvio dei trattamenti sui pazienti».

«Prendiamo atto della diffida e ci comporteremo di conseguenza», ha commentato il

commissario straordinario degli Spedali Civili, **Ezio Belleri**, che ha spiegato come alle richieste di accesso alle cellule «non potevamo decidere in forma autonoma». Belleri ha anche assicurato che «per quello di cui siamo a conoscenza, dalla nostra struttura non è mai uscito nulla» di quanto preparato con il metodo Stamina nel laboratorio interno al Civile.

I nei del protocollo

Intanto [continuano le indiscrezioni sul protocollo consegnato agli esperti ministeriali](#). Dai documenti prodotti dal comitato scientifico emerge che la quantità di cellule staminali mesenchimali indicata nel protocollo Stamina equivale a quella che viene utilizzata nei trapianti nel topo e non negli esseri umani. Non solo: le cellule sono ottenute in coltura primaria, ossia ricavate dalla prima coltura cellulare senza ricorrere ai successivi passaggi seriali utilizzati normalmente nei laboratori per ottenere una quantità di cellule adatta al trapianto nell'uomo, pari a circa due milioni per chilo di peso corporeo. Il protocollo Stamina prevede invece il trapianto di due milioni di cellule in totale, come nel caso della Sla e l'adeguamento al peso corporeo non viene indicato con una dose esatta.

Il monito di Lorenzin

La ministra **Beatrice Lorenzin**, intervenuta stamane a "Prima di tutto" su Radio1, si è detta molto preoccupata dei risvolti giudiziari della vicenda: «Ogni giorno emergono elementi inquietanti e uso questo aggettivo perché sto parlando da ministro, altrimenti utilizzerei altri aggettivi». Lorenzin si è rivolta alle famiglie dei pazienti: «Voglio dire loro che non sono sole: ho messo a disposizione la possibilità di ricorrere a cure alternative. Questa vicenda però ci deve essere di monito: non dobbiamo dimenticare il valore del metodo scientifico, che non ha nulla a che vedere con la ricerca del consenso politico, ma è un valore assoluto. Troppi parlano di cose che non conoscono».



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584