

# RASSEGNA STAMPA

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

## DALLA SARDEGNA

### L'UNIONE SARDA

#### **SALUTE** *Terapia genetica, nuova frontiera contro i tumori* *Uno studio del San Raffaele di Milano*

Per il presente, oltre alla chirurgia, alla chemio e alla radioterapia, ci sono i farmaci intelligenti, capaci di cogliere le alterazioni di una specifica cellula tumorale e agire espressamente solo su di essa. Ma nel futuro della lotta ai tumori potrebbe presentarsi anche una nuova opzione, quella della terapia genica, ovvero la possibilità di modificare un gene alterato utilizzando particolari trasportatori del tratto di materiale genetico alterato nella cellula malata. Certo non sono speranze destinate ad avverarsi domani, ma la scienza prosegue anche su questa via. Lo dimostra una ricerca dell' Ospedale San Raffaele di Milano che chiarisce come gli studi sulle malattie rare possano diventare un serbatoio per nuove applicazioni terapeutiche nelle patologie più diffuse, come appunto i vari tipi di cancro. Gli scienziati milanesi infatti sono riusciti a “trasformare” i macrofagi, cellule del sangue normalmente richiamate nel tumore, in veicoli di geni anti-tumoralmente per combattere la neoplasia. Lo studio, coordinato da Luigi Naldini, direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica e docente presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e da Roberta Mazzieri, ricercatrice del San Raffaele recentemente trasferitasi all'Università del Queensland in Australia, è stato pubblicato sulla rivista *Science Translational Medicine*.

«In questo nuovo lavoro abbiamo adattato la tecnica di trasferimento genico e ingegnerizzazione delle cellule del sangue al trattamento dei tumori - spiega Naldini. Nel caso delle malattie genetiche, le cellule staminali ematopoietiche del paziente (cellule madri di tutti gli elementi del sangue) vengono corrette mediante l'introduzione del gene funzionante con l'uso di vettori virali (lentivirali) in modo da ripristinare una funzione originariamente difettosa. Nel nuovo lavoro abbiamo inserito nelle cellule staminali, con lo stesso metodo, un gene che svolge attività anti-tumorale nella loro progenie». Il gene terapeutico scelto per bloccare la crescita del tumore è l'interferone alfa, una molecola prodotta normalmente dal nostro organismo in risposta a infezioni ma per la quale è stata dimostrata anche potente attività anti-tumorale. L'uso clinico dell'interferone è però stato finora limitato da una elevata tossicità, se somministrato per via sistemica. Per rendere la terapia selettiva contro le cellule tumorali, il vettore è stato modificato in modo da assicurare che il gene anti-tumorale si attivi solamente in una specifica frazione di cellule differenziate del sangue, i monociti/macrofagi (figli delle staminali), che sono normalmente richiamati dal circolo sanguigno ai tumori dove svolgono un'azione che ne favorisce la crescita. L'originalità della strategia consiste proprio nell'aver scelto come veicolo cellulare dell'interferone una popolazione normalmente presente nel sangue ma fortemente presente nei tumori. In questo modo l'interferone si accumula solo nel tumore dove può esercitare la sua funzione anti-tumorale, evitando gli effetti tossici della somministrazione sistemica sull'organismo. «Una volta nel tumore l'interferone agisce ri-programmando il micro-

ambiente tumorale da una condizione favorente la crescita ad una condizione ostile», fanno sapere gli esperti.

Per ora, sia chiaro, queste evidenze sono apparse solo negli animali da laboratorio. Con questa tecnica si è riusciti a bloccare la crescita del tumore mammario e delle sue metastasi nei topi.

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### Codacons, indennizzi a 300 medici per un totale di 10 milioni

Dieci milioni di euro: è questo l'importo che lo Stato italiano dovrà versare a 300 medici che avevano avviato una causa legale, con l'assistenza di Codacons (in particolare del presidente Carlo Rienzi), per ottenere le remunerazioni dovute ma non corrisposte durante gli anni di specializzazione. **Gino Giuliano**, avvocato di Codacons, inquadra il caso nell'ambito della Direttiva europea 76 del lontano 1982: «il provvedimento disponeva che, dal 1 gennaio 1983, i singoli Stati membri dovevano dare un'adeguata remunerazione ai medici frequentanti corsi di specializzazione, ma l'Italia attuò quanto previsto con largo ritardo, a partire dall'anno accademico 1991/92». Una nota dell'associazione consumatori riferisce che «lo Stato italiano è debitore nei confronti di oltre duemila camici bianchi iscritti al Codacons per somme che vanno da un minimo di 30.000 euro a un massimo di 100.000 euro. Già centinaia di medici che in passato, attraverso l'associazione, hanno visto riconosciute in tribunale le loro ragioni sono stati interamente liquidati, mediante l'emissione in loro favore di appositi vaglia cambiari da parte di Bankitalia». Siamo infatti ormai al quarto successo giudiziario in tre anni. Con quest'ultima sentenza, la seconda sezione civile del Tribunale di Roma ha disposto un indennizzo medio di quasi 40.000 euro, ossia l'equivalente di 13.000.000 di lire (6.714,00 euro), per ogni anno del corso di specializzazione frequentato. La mancata attuazione della Direttiva riguardò decine di migliaia di medici e Giuliano spiega che «altri procedimenti sono in corso e si attendono nuove sentenze». E tutti gli altri, che finora non hanno avviato alcuna causa, sono ancora in tempo a chiedere un risarcimento? «In teoria – dice l'avvocato Codacons – sarebbe passato troppo tempo, ma in materia di prescrizione ci sono evoluzioni giurisprudenziali continue e non è quindi escluso che nuove cause siano destinate al successo».

#### Consensus Usa: vitamina D può prevenire cadute e fratture nell'anziano

Per ridurre il rischio di cadute e fratture, ai pazienti più anziani va assicurato un adeguato apporto di vitamina D tramite tutte le fonti (alimenti, luce solare, integratori) tale da raggiungere livelli sierici di circa 30 ng/mL. Lo stabilisce una nuova dichiarazione di consenso dell'American geriatrics society (AGS). «Negli studi in cui si sono raggiunti livelli medi sierici superiori a 25 ng/mL, i tassi di cadute e fratture sono significativamente diminuiti» conferma **James Judge**, presidente del gruppo di lavoro AGS sull'integrazione di vitamina D nell'anziano. Una buona densità ossea, l'assorbimento del calcio (pure necessario alla mineralizzazione ossea), e la funzione fisica sono tutti aspetti che richiedono adeguati livelli di vitamina D – si ricorda nel documento – così come bassi valori di vitamina D sono associati a debolezza muscolare, perdita di robustezza delle ossa e quindi cadute e fratture (grave causa di disabilità a lungo termine). Secondo il parere del gruppo di

lavoro AGS, basato su studi di curve dose-risposta e suffragato da Endocrine society e International osteoporosis foundation, una dose totale media giornaliera di vitamina D da tutte le fonti pari a 4.000 UI - dose considerata sicura e priva di rischi di tossicità - è in grado di far raggiungere al 90% della popolazione anziana livelli sierici di 25 idrossivitamina D pari 30 ng/mL, ideali per ottimizzarne la funzione di protezione da cadute e fratture. Sotto il profilo pratico, il documento AGS raccomanda ai medici di: 1) rivedere e discutere insieme al paziente le strategie da adottare per garantire un intake totale di 4.000 UI/die; 2) nei più anziani, considerare anche un apporto di calcio compreso tra 500 e 1.200 mg/die; 3) supportare assistiti e caregivers nel programmare la supplementazione. «Quest'ultima può essere settimanale, quindicinale, o mensile. Per massimizzare l'assorbimento, gli integratori di vitamina D dovrebbero essere assunti ai pasti» spiega Judge, aggiungendo che di solito non occorre misurare i livelli sierici se l'intake è corretto, tranne in 3 casi: soggetti obesi, casi di malassorbimento, terapie con farmaci che legano la vitamina nell'intestino (colestiramina) o ne favoriscono il catabolismo, quali gli induttori del citocromo P450 (fenitoina e fenobarbital).

**Arturo Zenorini**

[J Am Geriatr Soc, 2013 Dec 18. \[Epub ahead of print\]](#)

## **Lattobacilli per le coliche infantili**

La somministrazione di probiotici ai neonati nei primi tre mesi di vita sembra ridurre non solo la comparsa di disturbi gastrointestinali ma anche i costi associati, secondo uno studio multicentrico italiano pubblicato su *Jama Pediatrics*. Dice **Flavia Indrio**, ricercatrice al Dipartimento di Pediatria dell'Università Aldo Moro di Bari e prima firmataria dell'articolo: «Le coliche del lattante, il reflusso acido e la costipazione sono i disturbi gastrointestinali più comuni che portano il neonato dal pediatra nei primi sei mesi di vita, e sono spesso causa di ospedalizzazione, modifiche dietetiche, uso di farmaci, ansia dei genitori con perdita di giorni lavorativi». E per verificare se l'aggiunta di *Lactobacillus reuteri* Dsm 17938 per via orale nel primo trimestre di vita fosse in grado di ridurre la triade sintomatologica e il relativo impatto socioeconomico, i ricercatori hanno randomizzato 554 neonati in nove unità pediatriche italiane ad assumere il probiotico o un placebo per 90 giorni. Durante il follow-up è stato chiesto ai genitori di registrare in un diario il numero di episodi di vomito e di evacuazioni, la durata degli episodi di pianto inconsolabile e il numero di visite pediatriche. Al terzo mese di età la durata media del pianto nei bambini trattati con probiotico o placebo è risultata rispettivamente di 38 e 71 minuti, i rigurgiti giornalieri 2,9 e 4,6 e evacuazioni 4,2 contro 3,6 al giorno. E c'è di più: l'uso del probiotico ha fruttato anche quasi 90 euro di risparmio a paziente per famiglia. «Guidare la colonizzazione intestinale nelle prime settimane di vita con lattobacilli probiotici può essere una nuova strategia per prevenire coliche, reflussi e costipazione, almeno nei neonati predisposti» conclude Indrio. E **Bruno Chumplitazi** con **Robert Shulman**, pediatri del Baylor College of Medicine di Houston, Texas, commentano in un editoriale: «Lo studio porta ulteriori prove a sostegno dell'uso di *L reuteri* DSM 17938 nelle coliche infantili. Continuando le ricerche in questa direzione verrà forse il giorno in cui i pediatri consiglieranno ai loro pazienti cinque gocce di probiotico al giorno per prevenirne i sintomi gastrointestinali».

## **Insufficienza epatica: una proteina favorisce le infezioni**

Uno studio su *Hepatology* suggerisce che le infezioni, causa più comune di mortalità nei pazienti con insufficienza epatica acuta (Alf), possono essere combattute bloccando l'attività di una proteina della saliva, chiamata Secretory Leukocyte Protease Inhibitor, SLPI. Dai dati raccolti emerge che la proteina, un inibitore delle proteasi presente in numerosi tessuti e dotato di attività antibatterica, anti-infiammatoria, antimicotica e di inibizione della trasmissione dell'Hiv, gioca un ruolo vitale nei pazienti con Alf. L'insufficienza epatica acuta si verifica con la rapida morte delle cellule del fegato, che spesso può essere indotta da farmaci. E secondo il National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (Niddk) la causa più comune è il paracetamolo. «L'infezione, spesso legata a una risposta inadeguata del sistema immunitario, è la complicanza più frequente dell'insufficienza epatica ed è la principale causa di morte prematura in oltre metà dei pazienti» dice **Charalambos Antoniades** ricercatore del Kings College di Londra e coautore dell'articolo, spiegando che lo studio è il primo a indagare il ruolo della SLPI nei pazienti con Alf. A questo scopo un gruppo di ricerca del King College Hospital NHS Foundation Trust e dell'Imperial College di Londra ha studiato 98 pazienti con insufficienza epatica e 24 volontari sani, scoprendo che i pazienti con Alf avevano elevati livelli di SLPI epatica e circolante, che con la sua attività antiproteasica bloccava la capacità delle cellule immunitarie, tra cui monociti e macrofagi, di combattere le infezioni. «Dopo avere inibito l'attività della proteina la funzione di monociti e macrofagi è ripresa tale e quale agli individui sani» riprende Antoniades. La controprova? L'aggiunta di SLPI alle cellule immunitarie sane le ha rese poco reattive ai germi che si incontrano comunemente nei pazienti con insufficienza epatica. «Questi dati indicano che SLPI è un mediatore fondamentale nella risposta antinfiammatorie dei pazienti con Alf, capace di spiegarne la suscettibilità alla sepsi» conclude il ricercatore .

[Hepatology. 2013 Nov 27.](#)

## **Diritto sanitario. L'invalido non può parcheggiare ovunque**

### **Il fatto**

Il titolare di un tesserino di invalido civile al 100%, con sei ricorsi ha proposto opposizione innanzi al competente Giudice di Pace avverso altrettanti verbali elevati dalla Polizia Municipale, per aver posteggiato la propria autovettura al di fuori degli spazi riservati agli invalidi presenti in una zona permanentemente interdetta alla sosta. In ciascuna delle opposizioni il ricorrente aveva sostenuto che lo spazio riservato si trovava distante dalla propria abitazione e che la sua utilizzazione lo avrebbe obbligato a percorrere una strada in ripida salita; rilevò inoltre che la sosta nello spazio innanzi all'immobile non avrebbe causato intralcio alla circolazione. Il Giudice di Pace accolse l'opposizione, ma il Tribunale di Rieti, riuniti i ricorsi, riformò le pronunce osservando che l'invalido pur essendo titolare del contrassegno, non sarebbe stato autorizzato alla sosta in quanto la pur rilasciata autorizzazione copriva un arco temporale - dal 24 novembre 2005 al 31 maggio 2006 - diverso da quello interessato dalle violazioni.

### **Profili giuridici**

La Corte di Cassazione valutando la questione in termini più ampi, ha osservato che non può condividersi la convinzione del ricorrente di poter posteggiare la propria vettura ove ritenuto più confacente alla propria disabilità - bronchite cronica - con l'unico limite del non costituire intralcio alla circolazione, dimenticando però che il concetto di intralcio non riguarda solo un dato di fatto contingente e non è soggettivamente interpretabile, ma interessa anche come nel concreto l'autorità comunale abbia inteso regolare il transito e la sosta in un determinato luogo.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Crolla la ricerca medica in Europa: - 25% tra 2007 e 2011. Un fallimento annunciato**

*Una survey appena pubblicata sul British Medical Journal, esplora in presa diretta le cause della fuga della ricerca dal Vecchio Continente. Glistakeholder intervistati suggeriscono che i costi non sono tutto e che è invece imperativo realizzare l'unità europea della ricerca, ancora troppo lontana*

Tra il 2007 e il 2011 le richieste di condurre un *trial* clinico in Europa sono crollate del 25%. Per spiegare questa Caporetto della ricerca nel Vecchio Continente sono stati invocati i costi eccessivi, i lunghi tempi di approvazione e i difetti della Direttiva Europa sui *Trial* Clinici. Ma nessuno finora si era preso la briga di andare a sondare l'effettivo peso di questi fattori o di scoprire se ce ne fossero altri meno evidenti. Un *gap* colmato adesso dallo studio SAT-EU (*Survey of Attitudes towards Trial sites in Europe*), un sondaggio anonimo condotto sul *web* che ha valutato in maniera sistematica i fattori che potrebbero influenzare la selezione dei centri europei per i *trial* clinici.

Lo studio è stato condotto da un *panel* internazionale di esperti in ricerca clinica, coordinati dal Prof. **Giuseppe Ambrosio**, Direttore della Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare dell'Università e Azienda Ospedaliera di Perugia. Alla *survey* hanno risposto 485 *top manager* della ricerca biomedica di 34 nazioni: il 49% appartenenti al settore BioPharma e il 40% di ambito accademico (CTU, *clinical trial units*) o da Organizzazioni per la ricerca clinica (CRO). Tra gli elementi di maggior importanza nell'influenzare la scelta di un centro per un *trial* clinico sono stati presi in esame gli aspetti relativi ai ricercatori (interesse in una certa area di patologia, prestigio, pubblicazioni, esperienze precedenti in studi simili), ambientali (velocità di approvazione da parte dei comitati etici e istituzionali, disponibilità di pazienti idonei all'interno di una regione, incentivi governativi, costi, esistenza di *network* di esperti internazionali su una patologia, ecc.) e relativi ai centri ospedalieri (esperienza del personale coinvolto nel *trial* e abilità linguistiche, attrezzature diagnostiche disponibili, ecc); mentre la voce 'costi' è risultata meno impattante.

All'interno dei criteri 'ambientali', la disponibilità di un adeguato pool di pazienti idonei all'interno di una regione, la velocità di approvazione dei *trial* e la presenza di *network* di gestione di una patologia, assumevano un peso nettamente superiore rispetto alle voci 'spesa' o agli incentivi finanziari governativi. I 'mercati' più appetibili, quelli più 'recettivi'



per la realizzazione di un trial clinico, sono risultati i Paesi del nord Europa (nell'ordine Germania, Olanda, UK); Italia e Spagna giacciono purtroppo dall'altro lato della barricata.

In conclusione alcuni elementi relativi ai ricercatori e la semplicità dei processi di approvazione sono i fattori determinanti nella selezione dei centri per i *trial* clinici, mentre meno impattante appare la voce 'costi'. Ciò significa che per spingere la ricerca nel Vecchio Continente non necessariamente si richiedono investimenti aggiuntivi o incentivi da parte dei governi. Prioritari, al fine di attirare un maggior numero di trial clinici in Europa, appaiono invece l'armonizzazione dei processi di approvazione (le lungaggini amministrative non incentivano la scelta, "il tempo è denaro"), una maggior visibilità dei centri d'eccellenza (ad esempio attraverso la creazione di siti web o di network dedicati ad una particolare patologia) e il contenimento dei costi indiretti 'nascosti' (quelli legati alle farraginosità burocratiche per impostare un*trial* e portarlo 'su strada', la lentezza del reclutamento, la scarsa *performance* di un centro). Significativo a questo riguardo è il fatto che il 75% degli intervistati consideri l'informazione veicolata dal web, con la creazione di uno 'sportello virtuale centralizzato', "decisamente auspicabile" o "utile la maggior parte delle volte".

E' necessario e prioritario insomma realizzare una vera unità d'Europa anche della ricerca, un 'mercato dei *trial*' pan-europeo e una 'European Research Area', all'interno della quale sia garantita la libera circolazione di ricercatori, conoscenze scientifiche e tecnologie. La strategia di crescita dell'Europa per l'anno 2020 – ricordano gli autori – prevede un investimento del 3% del Pil in R&S. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale consentire BioPharma, il settore europeo con il più alto rapporto R&D/ vendite, di investire in Europa senza doversi scontrare con inutili ostacoli. Il Vecchio Continente sulla carta ha tutti i numeri per diventare protagonista assoluto della ricerca medica: un mercato appetibile, un'ampia fetta di popolazione nella terza età, centri universitari e di ricerca prestigiosi, importanti industrie farmaceutiche. E' dunque arrivato il momento di rimuovere gli ostacoli e, per quanto riguarda il nostro Paese, di imparare qualcosa dai nostri vicini più performanti.

*Maria Rita Montebelli*

*Factors influencing clinical trial site selection in Europe: the Survey of Attitudes towards Trial sites in Europe (the SAT-EU Study). (Marta Gehring, Rod S Taylor, Marie Mellody, Brigitte Casteels, Angela Piazzì, Gianfranco Gensini, Giuseppe Ambrosio)*

## **Conferenza Stato Regioni del 16 gennaio. Tutti i documenti**

*Prevenzione delle ferite da taglio, norme sugli animali utilizzati a fini scientifici. Assistenza sanitaria transfrontaliera e vigilanza sui medicinali per uso umano e blocco di quelli falsificati. Cinque i provvedimenti sui quali Stato e Regioni dovranno esprimere il loro parere nel corso della prima seduta del 2014.*

Prevenzione delle ferite da taglio negli ospedali e protezione degli animali utilizzati a fini scientifici. E ancora, assistenza sanitaria transfrontaliera e vigilanza sui medicinali per uso umano e blocco di quelli falsificati

Sono questi i grandi temi all'attenzione della prima seduta del 2014, il 16 gennaio prossimo,

sui quali Stato e Regioni dovranno offrire il loro parere.

Ecco i documenti già anticipati da Quotidiano Sanità:

Parere sullo [schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva 2010/32/UE](#), che attua l'accordo quadro, concluso da Hospeem e Fsesp, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

Parere sullo [schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva 2010/63/UE](#) sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici.

Parere sullo [schema di decreto legislativo di recepimento della direttiva 2011/24/UE](#) concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera nonché della direttiva 2012/52/UE comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro.

Parere sullo [schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva 2012/26/UE](#) che modifica, per quanto riguarda la farmacovigilanza, la direttiva 2001/83/CE, relativa a un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano: disposizioni modificative al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219.

Parere sullo [schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva 2011/62/UE](#) del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 giugno 2011 che modifica la direttiva 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale.

### **Contenzioso medico legale. Obiettivo Risarcimento a Lorenzin: "Su malasanità pronti a sederci a tavolo"**

*La società finita in questi giorni nel mirino per lo spot tv, definisce la situazione italiana "fuori controllo, con 45mila morti all'anno e premi assicurativi alle stelle". Il presidente Simioni si è reso disponibile verso il ministro Lorenzin per "offrire un contributo per migliorare la situazione e innovare la legislazione".*

"Troppa malasanità: è tempo che un Ministro sensibile al tema come Lorenzin convochi un tavolo al quale siamo pronti a sederci con chiunque abbia l'interesse a farlo. Basta con le discussioni sterili. E' ora di avviare un dibattito serio su un problema che esiste e non può più essere sottaciuto. Un numero stimato di 45mila morti evitabili all'anno da malasanità, secondo Marcello Crivellini, professore associato di Analisi e Organizzazione di Sistemi Sanitari presso la Facoltà di Ingegneria dei Sistemi del Politecnico di Milano, è un dato scandaloso ed Obiettivo Risarcimento non può pensare che il nostro sistema sanitario lo possa considerare, anche solo lontanamente, come fisiologico o accettabile. A questo problema va affiancata l'inevitabile crescita esponenziale dei premi assicurativi del comparto che tutela l'operato dei medici; aumenti che vengono applicati a seguito di pagamenti di danni da errore medico effettivamente riscontrati e non certo per le denunce. Tutto questo però, si noti bene, nessuno lo dice. O chi lo accenna punta a fare in modo che

la colpa di tutto sia di chi denuncia i casi: cioè i pazienti, i familiari e chi li assiste". Ad evidenziarlo il Presidente di Obiettivo Risarcimento, **Roberto Simioni**, che disegna così la realtà della malasanità in Italia, vista dal suo osservatorio professionale, annunciando una lettera al Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

La società veneta è finita in questi giorni nel mirino delle associazioni di medici in seguito allo spot tv trasmesso dai principali canali nazionali, relativo alla malasanità, ma che in nessuna sua parte invita ad intraprendere iniziative di tipo giudiziario. Obiettivo Risarcimento, nella missiva, evidenzia la propria attività spesa a favore della difesa del diritto inalienabile, pacifico e non negoziabile, del paziente che si ritiene vittima di prestazioni sanitarie errate.

"Al Ministro Lorenzin rivolgiamo la nostra piena disponibilità - dice **Paolo Simioni**, Amministratore Delegato di Obiettivo Risarcimento - ad offrire un contributo per migliorare le condizioni ed innovare la legislazione sia per i pazienti vittime di errori sia per i medici spesso anche loro stessi vittime del sistema. Obiettivo Risarcimento, conscio della correttezza delle sue pratiche e di essere osservatorio privilegiato nel settore della malasanità, è pronto ad aprire un dialogo chiaro volto ad equilibrare quello che è un reale problema della sanità nazionale".

## **L'assurdità del contratto "a costo zero" di Ivan Cavicchi**

*Esaurite tutte le politiche di contenimento finanziario messe in campo dalle Regioni in questi anni, la vera novità della fase, è che definanziamento e decapitalizzazione del lavoro ormai coincidono. Ma svalutare il lavoro con il "costo zero" per definanziare strutturalmente il sistema, significa anche destrutturare il sistema pubblico*

Sono molto d'accordo con **Riccardo Cassi** quando, a proposito del rinnovo contrattuale "a costo zero", sostiene che forse è meglio non fare questo finto rinnovo e impegnarsi per definire una proposta riformatrice ([QS 10 gennaio 2014](#)). Per spiegare le mie ragioni, devo svolgere un ragionamento articolato (della cui lunghezza quasi obbligata mi scuso) dividendo l'analisi in tre parti: la prima per inquadrare i problemi "spesa pubblica/sanità", la seconda per inquadrare più specificatamente quelli "spesa pubblica/lavoro", la terza per trarre delle conclusioni dalle prime due.

### **Spesa pubblica/sanità**

- Oggi sulla sanità comandano i problemi della spesa pubblica...cioè essi sono ineludibili... quindi bisogna farci i conti;
- a causa di questi problemi la sanità è definanziata...e questo è un dato incontrovertibile;
- per contro finanziare il definanziamento dovremmo fare dei cambiamenti profondi...perché è il costo dello status quo la controparte vera del de finanziamento;
- l'obiettivo strategico di una eventuale riforma contro rifinanziatrice è rimuovere i costi delle contraddizioni tra spesa pubblica e sanità;
- chi governa la sanità propone il "costo zero" come se i rapporti tra spesa pubblica e sanità fossero lineari e a senso unico...dalla spesa pubblica alla sanità. La prima comanda la seconda...e la seconda deve adeguarsi ai suoi imperativi;
- in realtà tale presupposto è sbagliato e inaccettabile, i rapporti nella realtà sono circolari:



la sanità non è condizionata solo dalla spesa pubblica, ma la spesa pubblica a sua volta è condizionata dalla sanità al punto da risultare a sua volta “*determinata in sovrappiù*” grazie ad una quantità smisurata di costi collaterali abusivi e parassitari, che sino ad ora le Regioni non sono riuscite o non hanno voluto cancellare;

- il “*costo zero*” è un gioco a “*somma zero*” cioè i risparmi di spesa hanno come corrispettivo i tagli del definanziamento, esso può essere ripensato come un gioco a “*somma diversamente da zero*” in cui il principio è quello del “*Transferable Utility*” (TU) cioè trasferendo utilità in relazione al ruolo svolto tanto dalla sanità che dalla spesa pubblica, secondo accordi;
- secondo il principio del TU i limiti che la spesa pubblica impone ai costi della sanità possono essere compensati in sanità rimuovendo gli equivalenti costi incongrui;
- il gioco “*somma diversamente da zero*” può soddisfare ma in positivo l’esigenza della spesa pubblica di mantenere i saldi invariati;
- se ciò è vero si tratta di usare la circolarità “*sanità versus spesa pubblica*” per scambiare utilità (TU) cioè neutralizzare i limiti rimuovendo i costi delle contraddizioni;
- le tre principali contraddizioni tra spesa pubblica e sanità sono: la *regressività* del sistema sanitario cioè i costi dovuti alla sua arretratezza culturale (medicina difensiva, status giuridici obsoleti, professioni inadeguate, formazione inappropriata, vecchi modi culturali di essere e di agire dei servizi, conflitti di competenze ecc); le *diseconomie* cioè lo spreco ingiustificato di risorse pubbliche, (corruzioni, abusi, privilegi, malfunzionamenti, disorganizzazioni, favoritismi ecc) e le *antieconomie* cioè le asimmetrie tra ciò che spendiamo e i benefici che ricaviamo in particolare a causa di modelli di tutela, di professioni e di servizi ampiamente superati rispetto alle sfide di contesto.

In sintesi la contraddizione politica da rimuovere usando la circolarità, è tra una *spesa pubblica limitante* e una *sanità abusivamente costosa*, tra il *definanziamento* e il *rifinanziamento*. Oggi non è possibile rispondere al “*costo zero*” se non rifinanziando il sistema con un cambiamento del sistema. Definisco “*compossibilità*” l’operazione che rimuove le contraddizioni tra spesa pubblica e sanità. Per fare compossibilità ci vuole un cambiamento profondo, una riforma.

### **Spesa pubblica/lavoro**

Cosa vuol dire nel quadro appena delineato un contratto a “*costo zero*”? Tutti pensano che voglia dire non avere aumenti di retribuzione purtroppo non è solo questo. Per capire il significato di “*costo zero*” bisogna prima rammentare le principali caratteristiche del lavoro in sanità:

- Il lavoro in sanità è il *capitale* della sanità sul quale e grazie al quale lo Stato investe per fare salute;
- il *prezzo del lavoro* cioè la retribuzione in sanità non è determinato da nessuna concorrenza tra domanda di salute e offerta di servizi, ma dalle disponibilità della spesa pubblica;
- chi lavora in sanità non vende al malato il proprio lavoro perché il suo lavoro è intermediato dal “*terzo pagante*” (regioni e aziende) il cui vero obiettivo è regolare soprattutto i *rapporti* tra sanità e spesa pubblica;
- in sanità il lavoro non è una “*merce*” che si vende al malato che comunque compra le prestazioni del lavoro con le tasse ma una conoscenza che si offre incondizionatamente al malato per soddisfare un suo bisogno di salute in cambio di un compenso convenzionale, cioè un contratto;

- in sanità il lavoro non è pagato in ragione della salute prodotta ma in ragione delle compatibilità di spesa;
- oggi “costo zero” vuol dire che il costo del lavoro è diventato praticamente incompatibile con la spesa pubblica;
- il “costo zero” non vuol dire che il lavoro non costa ma solo che deve essere definanziato cioè tendenzialmente azzerato.

La sanità pubblica è programmata, dalla legge di stabilità, per essere progressivamente definanziata per cui il “costo zero” a sua volta è destinato a diventare *sub decrescente* cioè “zero meno”. Oggi all’insegna del “costo zero meno” stanno emergendo misure molto pericolose:

- la prima riguarda le “competenze”: il costo del lavoro in sanità varia da professione a professione, quello del medico ha un costo più alto di quello degli infermieri, se alcune competenze del medico sono svolte dagli infermieri, il costo di quelle competenze è “*sub decrescente*”;
- la seconda riguarda la *riduzione degli organici ospedalieri*: si ridefinisce il tempo di assistenza giornaliero al letto del malato per tipo di specialità al minimo e quindi si aggiornano le dotazioni organiche al minimo del personale sanitario. Anche questo è nella logica della *sub decrescenza*
- la terza ripesca con regolare bando di concorso la figura “*dell’assistente volontario*” proponendoci lo scambio “*posto di lavoro/ zero retribuzione*” nel quale la *sub decrescenza* è massima.

### **Queste misure per ora sporadiche hanno tutte lo stesso significato:**

*oggi la spesa pubblica considera paradossalmente il lavoro un “anti capitale” al punto da volerne azzerare il costo...cioè al punto da imporre con il “costo zero” la sua decapitalizzazione cioè il deprezzamento progressivo del suo valore retributivo: “costo zero” versus “costo zero meno”.*

Accettare di rinnovare i contratti a “costo zero” è una follia perché significherebbe rassegnarsi alla *decapitalizzazione* e alla *sub decrescenza* del valore del lavoro.

### **Ricapitalizzare il lavoro per rifinanziare la spesa pubblica con un altro genere di spesa sanitaria**

Esaurite tutte le politiche di contenimento finanziario messe in campo dalle Regioni in questi anni, la vera novità della fase, è che *definanziamento* e *decapitalizzazione* del lavoro ormai coincidono. Ma svalutare il lavoro con il “costo zero” per definanziare strutturalmente il sistema, significa anche destrutturare il sistema pubblico. Sino ad ora, nonostante tutto, è stato il lavoro che ha garantito la sussistenza del sistema pubblico. La questione “*lavoro*”, oggi non riguarda solo chi lavora in sanità ma riguarda soprattutto i cittadini e la società. Cioè riguarda niente meno che la tenuta dell’art 32 della Costituzione.

#### *Come uscirne?*

- Si tratta di rispondere al definanziamento quale decapitalizzazione del lavoro usando in senso riformatore la circolarità dei rapporti tra spesa pubblica/sanità/lavoro per invertire le tendenze in atto;
- se le *condizioni attuali* della spesa pubblica escludono la possibilità di aumenti retributivi, cioè se a *lavoro invariante corrisponde il “costo zero”* non è detto che *ripensando* il

lavoro, non si possa riaprire il negoziato sul suo rifinanziamento

· l'idea politica è: *reformare il lavoro per ricapitalizzarlo proponendo alla spesa pubblica un accordo TU in cui il lavoro si impegna a rendere gradualmente componibili i rapporti tra spesa pubblica e sanità quindi a rimuovere le contraddizioni che oggi esistono tra lavoro spesa.*

### *Come fare?*

Una proposta dettagliata di riforma del lavoro è contenuta nel mio libro “*Il riformista che non c'è, le politiche sanitarie tra invarianza e cambiamento*” (Dedalo 2013) che per ragioni di spazio non posso sunteggiare. Chiudo con tre titoli...per me riformare il lavoro significa:

- rompere prima di tutto la contrapposizione lavoro/spesa pubblica, producendo *un'altra qualità/quantità di spesa sanitaria*
- creare le condizioni per retribuire almeno in parte il lavoro con i *risultati di salute* che esso produce, retribuendo le *convenienze prodotte* per la spesa pubblica ad essi correlati (riduzione delle diseconomie, lotta alle anti economie ecc);
- ridiscutere l'intermediazione aziendale tra lavoro e cittadini ..se il lavoro è un capitale si tratta di affermare un management diffuso.

### *In pratica che si fa?*

Esiste il problema del “*riformista che non c'è*” per cui ob torto collo ci si deve organizzare con una propria proposta. Chi propone il “*costo zero*” non è in grado di proporre altro. L'ideale sarebbe promuovere come sindacati e come professioni una “*conferenza per la riforma del lavoro in sanità*”, intendendo il lavoro come uno stampo, un paradigma da ripensare, nelle sue principali componenti costitutive, quindi postulati e presupposti, organizzazioni. Gli obiettivi politici sono quelli qui indicati. Pensare di fare una conferenza unitaria delle professioni è molto difficile, e con i conflitti aperti quasi impossibile, ma a parte i conflitti, l'eterogeneità degli interessi è oggettivamente un ostacolo. Si può tentare di definire una piattaforma di base, per aprire una discussione tra le professioni interessate...addivenire ad una sorta di protocollo di intenti e puntare successivamente alla conferenza. L'intersindacale medica che è già un soggetto composito di rappresentanze diverse potrebbe prendere l'iniziativa, intanto per l'area medica, poi si vedrà.

*Ivan Cavicchi*



**Mediadue Comunicazione**

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