

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 15 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **OLBIA/SAN RAFFAELE Lucio Rispo (Qatar): addio al vecchio edificio, le banche non trovano l'accordo In settimana la scelta dei terreni per l'ospedale *Il primo marzo 2015 noi apriremo un centro internazionale a Olbia***

L'impossibile è diventato reale. L'ospedale nascerà, ma lontano dallo scatolone bianco alle porte della città. L'addio all'ex San Raffaele è a un passo. La conferma arriva dai vertici della cordata che doveva rilevare la struttura. Il piano B. Abbandona la diplomatica cautela che in questi mesi è stato un po' il suo marchio di fabbrica. Lucio Rispo, numero uno della Qatar foundation endowment, con una manciata di parole abbatte palazzi e innalza speranze. «Il piano b? È già in atto – afferma –. Il palazzo alle porte di Olbia è di proprietà delle banche. Non sembrano pronte a volerlo vendere e non trovano l'accordo con i commissari liquidatori che gestiscono i beni del crack del San Raffaele. La nostra offerta l'abbiamo fatta, ma non c'è più tempo. Abbiamo capito che non hanno deciso e probabilmente non lo faranno mai. Noi abbiamo già disposto l'acquisto delle prime apparecchiature medico-scientifiche per aprire». Le prime assunzioni. E che il Qf sia passato al piano B lo dimostra anche il fatto che stanno per partire le prime assunzioni del personale indispensabile per far partire i primi reparti super specializzati. «Presto sarà creata una piattaforma pubblica attraverso cui tutte le persone che vogliono lavorare per noi potranno inviare i loro curriculum. Da là noi selezioneremo le figure che ci servono. Il nostro tentativo sarà assumere sardi. Dobbiamo rispettare un impegno. Noi il primo marzo 2015 apriremo il nuovo centro. Quasi sicuramente non sarà nell'edificio bianco alle porte di Olbia. E questo non per nostra scelta». L'ospedale diffuso. Dato quasi per certo l'addio alla struttura all'ingresso di Olbia il Qf porta avanti il piano alternativo. Ma il centro non perde l'importanza internazionale. Rispo lancia l'ospedale diffuso. Una struttura per ora sparsa a macchia di leopardo in alcuni edifici di Olbia messi a disposizione dal Comune e dall'Asl. «Siamo già certi che saranno creati due centri di eccellenza internazionali che da Olbia saranno in contatto con tutta la rete di centri della Qatar

foundation sparsi per il mondo. Partiremo con il centro di pediatria e con quello di terapia, prevenzione e ricerca sul cancro al seno. Poi uno dopo l'altro saranno attivati tutti gli altri. Per noi l'importante è dare subito il segno. Far capire che la struttura parte il primo marzo 2015. Forse in questi mesi abbiamo dato troppa importanza al building (edificio). È solo un palazzo. Certo se avessimo capito dall'inizio che i tempi sarebbero stati tanto lunghi avremmo fatto altre scelte». La scelta del terreno. Ma la Qf non ha abbandonato la scelta di fare un suo ospedale. La prossima settimana i vertici della Qatar foundation si riuniranno in Italia e decideranno qual è l'area migliore tra quelle messe a disposizione dal Comune per far sorgere il nuovo super ospedale. «Sarà il board a decidere – continua Rispo –. Io mi limiterò a presentare le diverse opzioni». Il manager parla già come se l'opzione dell'edificio costruito da don Verzè non esistesse più. «Noi andiamo già avanti con questa soluzione – conclude –. Anche i commissari hanno una manciata di giorni per prendere una soluzione. Poi per noi la loro scelta sarà ininfluente».

## **SASSARI Il manager e il giornalista: è guerra sul web Il bilancio Asl del 2010 fa litigare Marcello Giannico e Gian Antonio Stella, firma del Corriere della Sera**

Quella che sembrava una vicenda certamente spinosa, approdata infatti nelle aule del tribunale, ma tutta interna alla vita cittadina e ai vertici dell'Azienda sanitaria locale, si trova ora alla ribalta nazionale in un sito, [www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it), cliccato in media 15mila volte al giorno. Protagonisti sono il manager della Asl Marcello Giannico, che sul sito firma un lungo articolo, e Gian Antonio Stella, giornalista di punta del Corriere della Sera nonché autore del best-seller "La casta" dove denuncia il malcostume dilagante nella politica italiana. L'articolo pubblicato sul sito internet e firmato da Giannico è infatti una dura replica a Stella che sul numero del Corriere del 7 ottobre si era occupato ampiamente delle sue vicende processuali e in particolare dell'ex direttore amministrativo Angela Cavazzuti, «Cacciata perché non voleva truccare i conti» (questo il titolo dell'inchiesta sugli sprechi nella Sanità). Il caso è relativo alla tormentatissima approvazione del bilancio Asl del 2010. Il documento contabile era stato chiuso in un primo momento con un disavanzo di 877mila euro di passivo, un'inezia se si considera che i precedenti bilanci erano gravati da segni rossi pari a 23 milioni di euro in media. Giannico, che era arrivato nel 2011 come commissario (poi confermato direttore generale), non aveva accettato come plausibili quei conti e aveva contestato il lavoro dell'allora direttore amministrativo Cavazzuti. Ne era nata una violenta querelle che aveva portato a ben due correzioni del documento (dapprima presentato con un nuovo passivo di 11 milioni e mezzo e poi approvato con un definitivo rosso di 18 milioni) e che si era conclusa con il licenziamento in tronco della dirigente. Quest'ultima si era successivamente rivolta al giudice del lavoro in ragione del licenziamento e aveva presentato un esposto alla Procura della Repubblica da cui è scaturita l'indagine per abuso d'ufficio e falso ideologico a carico di Giannico e di alcuni suoi collaboratori che si è appena conclusa

(a dicembre l'udienza preliminare sulla richiesta di rinvio a giudizio). Giannico, che si è ritrovato a tutta pagina sotto il maglio di un così autorevole giornalista che riferisce l'accusa del pm al manager di aver "ritoccato" in peggio il bilancio 2010 dell'Asl di Sassari per evitare di essere revocato dall'incarico di commissario che rivestiva all'epoca dei fatti, replica con una sorta di intervista: 13 quesiti a Stella con messaggi chiari sui contenuti della vicenda e la speranza dichiarata che l'editorialista risponda. Fra le domande: «Nell'anno 2012 Angela Cavazzuti ha presentato ricorso al Tribunale del Lavoro contro il provvedimento di licenziamento ai suoi danni, chiedendo alla Asl di Sassari un risarcimento di oltre 650 mila euro (sì, ha letto bene: seicentocinquantamila!). Il giudice del lavoro con sentenza ha dichiarato infondate le pretese dell'ex direttore amministrativo, dando ragione al mio operato. Disponeva di questa informazione?», oppure, «Il Corriere della Sera è uno dei quotidiani più letti in Italia. Angela Cavazzuti recentemente ha presentato appello avverso la sentenza di primo grado del giudice del lavoro due giorni prima della pubblicazione del suo articolo. È solo una coincidenza?». E per finire un affondo: «Alberto Pinna è un giornalista sassarese, corrispondente del Corriere della Sera e sposato con Angela Cavazzuti. Lo conosce? Oltre ad essere un suo collega, è anche un suo amico? Se la risposta alla domanda precedente è "sì" (e sappiamo in tanti che è "sì"), lei ritiene deontologicamente corretto scrivere un articolo a favore della moglie di un amico e collega?». Giannico conclude che tornando indietro rifarebbe le stesse cose e c'è da scommettere che la guerra che vede in campo il manager della Asl (che a novembre sarà commissariata) e l'ex direttrice amministrativa è destinata a proseguire anche fuori dal tribunale.

L'UNIONE SARDA

## **Dietro la riforma sanitaria *Si pensa a tutto ma non alla salute di Massimo Dadea***

La Commissione Sanità del Consiglio regionale ha approvato la "riforma" sanitaria. Ad essere sinceri appare abbastanza pretenzioso chiamare riforma una serie di norme che contraddicono lo spirito e le finalità che si volevano perseguire. Si voleva ridurre il numero delle ASL ed invece sono aumentate (Azienda regionale per le emergenze e urgenze e la Centrale regionale di committenza), si voleva ridurre il disavanzo della spesa sanitaria, ben 500 milioni di euro, ed invece si rischia di aggravarlo. Ma forse si tratta solo di un primo passo in attesa della riforma vera e propria. Ed allora vediamo di ipotizzare quali potranno essere i contenuti della riforma che verrà. Il sospetto è che si stia portando avanti un puro esercizio di ingegneria istituzionale: far coincidere la riforma della sanità con quella degli enti locali. Fare in modo che il numero delle Asl coincida con gli aggregati dei comuni (più unioni di comuni di nuova istituzione). L'obiettivo sarebbe quello di individuare quattro Asl che scaturirebbero da una parziale scomposizione delle quattro province storiche, a cui si aggiungerebbero l'Azienda Ospedaliera di Cagliari (Brotzu, Oncologico e Microcitemico), le due

Aziende miste Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e Sassari, più l'Azienda per l'emergenza e la Centrale unica di committenza. Un dubbio sorge spontaneo: all'interno di queste ipotesi, che posto occupano i bisogni di salute dei cittadini sardi? Sembrerebbero non al primo posto. Si percepisce, in questo modo di operare, una modalità vecchia di affrontare il tema della salute. Si privilegia la «sanità» intesa come fatto gestionale e organizzativo (commissari, direttori generali, direttori sanitari, amministrativi, ospedali) a scapito della «salute», intesa come servizi reali per la prevenzione e alla cura delle malattie. Ecco perché sarebbe propedeutica una vera e propria rivoluzione culturale che ponesse al centro non gli aspetti gestionali ma la persona umana, i suoi bisogni, i suoi diritti. Un divario culturale testimoniato anche dal fatto che mentre a livello nazionale esiste il Ministero della Salute, in Sardegna vige ancora l'Assessorato della Sanità. La salute è un bene comune - così come il paesaggio, l'ambiente, l'acqua - ed è anche un diritto costituzionale da tutelare universalmente. In Sardegna poi non dovremmo dimenticare che esiste una stretta correlazione tra la salute, le condizioni socio-economiche, il livello culturale, gli stili di vita, l'ambiente, il lavoro, la sicurezza. Di questo dovrebbe occuparsi un governo regionale autenticamente riformista.

## **OLBIA Trenta precari dell'Asl 2 a casa**

Dagli inizi del mese sono a casa, per 30 precari (quasi tutti amministrativi) la Asl non ha rinnovato il contratto di lavoro. Una situazione pesante, ovviamente per le persone attualmente senza occupazione, ma anche per l'efficienza dei servizi dell'azienda sanitaria. Infatti, la maggior parte dei precari erano impegnati nei due Cup (centro unico di prenotazione) e ora il vuoto di organico si fa sentire. Nei giorni scorsi il direttore generale della Asl, Giovanni Antonio Fadda, era a Cagliari per un incontro tecnico nella sede dell'assessorato della Sanità. Il problema del mancato rinnovo dei 30 contratti (si tratta di persone assunte attraverso le agenzie del lavoro interinale) è serio e la soluzione non è semplice. La Regione, infatti, ha stretto i cordoni della borsa e gli effetti si sentono. La questione è arrivata anche in Consiglio regionale, con un'interrogazione dei consiglieri Arbau, Ledda, Zucca e Perra. Nel documento si legge: «I pesanti disservizi hanno suscitato forti critiche e legittime proteste sull'organizzazione del personale e la insufficiente distribuzione nei servizi a sportello di maggior afflusso ed utilizzo da parte del pubblico. Il territorio della Gallura già messo in ginocchio dalla drammatica e perdurante crisi economico sociale, e dall'abbassamento vertiginoso dei livelli occupazionali, non può più sopportare ulteriori perdite di personale, soprattutto quando vanno a incidere sull'efficienza di un servizio pubblico fondamentale come la sanità». La situazione dei precari Asl potrebbe essere presto oggetto di un'iniziativa legale.

## **SASSARI Mammografia in tilt**

Un problema tecnico ha fermato il macchinario che esegue le mammografie per la prevenzione dei tumori al seno. Lo ha comunicato ieri l'Asl di Sassari, scusandosi con tutte le utenti che avevano programmato l'esame. L'Azienda sanitaria ha invitato le

pazienti a contattare il numero verde 800663355, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Chirurgia. Corcione (Sic): “L’Italia non è un paese per chirurghi, aumentano quelli che vanno all’estero”**

*“I bisturi sono in fuga, siamo di fronte ad un’emorragia progressiva che potrebbe uccidere la sanità italiana”. È questo l’appello lanciato da Francesco Corcione, Presidente Eletto della SIC a Congresso a Roma “ormai formiamo risorse che cercano fortuna all’estero”. Le cause sono molteplici: personali, professionali e organizzative. Aumentano però i chirurghi donna.*

In Italia nel 2010 il numero di assunti di ruolo in chirurgia generale ha coperto solo il 10% del fabbisogno e il 20% nella chirurgia specialistica. Situazione analoga nei reparti dove nel 2011 mancavano all’appello 8800 medici che secondo alcune stime diventeranno 22mila nel 2018, (dato fornito da Federspecializzandi) e 34mila tra soli 10 anni. Questi numeri forniti dalla Società italiana di chirurgia a Congresso a Roma danno la natura del fenomeno: siamo di fronte ad una lenta ma inarrestabile emorragia di chirurghi che presto mostrerà i suoi effetti sul Ssn. Concetto rafforzato dal presidente della Sic, Francesco Corcione, che non usa mezzi termini e afferma: “l’Italia non è un paese per chirurghi”.

Di questo passo, prosegue Corcione “tra 10 anni non avremo più chirurghi formati ed esperti e saremo costretti ad assumere chirurghi provenienti da paesi dell’est o dei paesi in via di sviluppo con conseguenze facilmente immaginabili”. Però, se da un lato gli uomini vanno all’estero, dall’altro sta emergendo “un piccolo esercito di chirurghi in rosa: in 10 anni infatti, le donne iscritte alle scuole di specializzazione in chirurgia sono aumentate dall’8 (2001) al 50% (2010)”.

Le ragioni di questo fenomeno sono molteplici, spiega Corcione “da quelle personali e professionali a quelle organizzative. Le scuole non riescono a riempire i posti a disposizione: negli ultimi anni abbiamo assistito ad un calo di iscrizioni del 30%. Diventare chirurgo non è più un sogno per i giovani medici: un laureato in medicina tra specializzazione e precariato inizia a guadagnare ben 10 anni dopo i suoi colleghi in ingegneria o giurisprudenza. Negli Stati Uniti il percorso formativo è più breve: 4 anni per la laurea, 5 di internato e 2 di specializzazione per diventare *chief resident* (ce la fa uno su 10). Nel frattempo il giovane studente americano alla fine dei 7 anni trascorsi sul campo ha eseguito circa 2000 interventi con una rotazione obbligatoria nelle vari specialità”.

Da un punto di vista professionale, spiegano dalla Sic, uno specializzando italiano alla fine del suo processo formativo “ha lavorato su cartelle cliniche, e interventi minori e si avvia ad una vita da precario. Gli specializzandi vengono utilizzati per

supplire alla carenza del personale di ruolo, esponendoli a rischi professionali. Questo perché vengono stipulati pochissimi contratti a tempo indeterminato (nel 2011 coprivano solo il 15% del fabbisogno) a causa di tagli, errate valutazioni del fabbisogno da parte delle Regioni e blocco dei contratti in quelle sottoposte al piano di rientro”.

Anche a livello economico, continua la Società italiana di chirurgia “i medici e i chirurghi italiani non trovano vantaggi rispetto ai sacrifici richiesti: in Italia uno specializzando guadagna la metà di uno inglese, 1750 euro contro 2500 sterline, il quale ha anche la prospettiva di crescita importanti negli anni successivi e un medico della carriera che opera in un ospedale pubblico guadagna tra i 100 e i 250 mila euro l’anno”.

In più c’è la responsabilità professionale “ricevere una denuncia nel corso della carriera è praticamente una certezza. Deve difendersi l’80% dei medici e 9 su 10 vengono assolti, il che dovrebbe suggerire che forse in Italia esiste una tendenza a tentare la denuncia nella speranza di un risarcimento”.

“Un quadro già critico e a farne le spese è sempre l’utente finale. Tra 10 anni e con quasi 30mila medici in meno, il sistema non sarà più in grado di rispondere alla domanda di assistenza. L - imiterà l’accesso alle cure e allungherà esponenzialmente le liste d’attesa con progressivo peggioramento della salute dei cittadini, specie quelli più fragili – conclude Corcione –poveri, anziani, bambini e cronici”.

## **Sentenza Tribunale Milano. Aaroi-Emac: “Chiarito che la responsabilità del medico dipendente è extra-contrattuale”**

*Per il presidente dell’associazione degli anestesisti-rianimatori questo è il più importante aspetto della sentenza: avere riconosciuto che alla struttura resta in capo la responsabilità contrattuale, al medico quella extra-contrattuale. “Il tutto, si badi bene, senza nulla togliere ai diritti dei pazienti, anzi, tutelandoli maggiormente”.*

“La sentenza del Tribunale di Milano del 17 Luglio 2014 sulla natura giuridica della responsabilità del medico dipendente di una struttura sanitaria è stata, giustamente, al centro di immediati commenti sulla sua portata, definita 'storica', in collegamento al 'tenore letterale dell’art. 3 comma 1 della legge Balduzzi' (conversione in Legge n. 189/2012 del DL n. 158/2012) , come recita la sentenza in questione. Tuttavia, a nostro avviso, il vero e significativo merito di tale sentenza non è tanto quello di aver attribuito alla legge Balduzzi una valenza risolutiva autonoma dell’annoso problema rappresentato al tempo stesso dalla condivisione e dalla suddivisione di responsabilità tra struttura sanitaria e medico da essa dipendente, quanto piuttosto quello di aver inteso, in base alla suddetta legge, riconoscere, in estrema sintesi e in linea di principio generale, che alla prima resta in capo la responsabilità contrattuale, al secondo quella extra-contrattuale. Il tutto, si badi bene, senza nulla togliere ai diritti dei pazienti, anzi, tutelandoli maggiormente in ordine al loro rapporto diretto con la

struttura sanitaria cui affidano la loro salute, in termini di responsabilizzazione anche organizzativa, verso la quale, in questi anni, non c'è stata la sufficiente attenzione, né, men che meno, la minima assunzione di dovuta responsabilità". Questo il commento del **presidente dell'Aaroi-Emac, Alessandro Vergallo**.

"La distinzione tra responsabilità sanitaria contrattuale ed extra-contrattuale, infatti – prosegue Vergallo –, non è esplicitata né contenuta nella legge Balduzzi, bensì è normata dal Codice Civile, i cui articoli di riferimento (n. 2018 e n. 2043) sono anch'essi precisamente citati in sentenza. Finalmente un Tribunale si basa sul rimando di una Legge ad una fonte giuridica superiore (il Codice Civile, nel caso specifico del novellato art. 2043) per ribadire alcuni concetti che non avrebbero avuto, in un Paese normale, alcun motivo di essere messi in dubbio, e che invece nel nostro, da oltre un decennio, sono stati ribaltati, ad arte, a vantaggio del disinteresse di troppe strutture sanitarie verso la prevenzione del rischio clinico, e a danno dei medici e dei cittadini".

"L'Aaroi-Emac – conclude Vergallo –, da anni, sostiene questi concetti in ogni sede, anche di confronto istituzionale, e pertanto plaude alla linearità assoluta delle motivazioni della sentenza in questione, auspicando che la loro logica indiscutibile costituisca fin d'ora non solo un epocale precedente giuridico, ma anche e soprattutto il fondamento di adeguati orientamenti normativi e applicativi sullo status giuridico e contrattuale dei medici".

## **Sentenza Tribunale Milano. Cimo: "Si riconosce che la responsabilità nei confronti del cittadino è della struttura sanitaria"**

*Così il presidente Cassi ha sottolineato come ora, non potendo più scaricare sui Medici le proprie inefficienze, le aziende dovranno attivare tutti gli strumenti di prevenzione degli eventi avversi a partire dalle unità di gestione del rischio clinico. "E' un altro importante tassello verso la valorizzazione dei professionisti e della professione medica".*

"La [sentenza del Tribunale di Milano](#) sulla tipologia di responsabilità in capo al Medico dipendente sancisce un principio che CIMO da anni sostiene: la responsabilità contrattuale nei confronti del cittadino danneggiato è della struttura, quella del Medico è extracontrattuale, perché non deriva da un obbligo diretto contratto nei confronti dell'assistito. Adesso, grazie alla legge Balduzzi, si modifica un orientamento giurisprudenziale che aveva penalizzato il medico dipendente a vantaggio dell'azienda sanitaria. Per il cittadino non cambia nulla. Per il medico molto: non è più lui a dover dimostrare che non ha sbagliato ma quest'onere si trasferisce giustamente alla struttura". Così il presidente Cimo, **Riccardo Cassi**, ha commentato la recente sentenza del Tribunale di Milano.

"Non potendo più scaricare sui Medici le proprie inefficienze, adesso le aziende dovranno attivare concretamente tutti gli strumenti di prevenzione degli eventi

avversi a partire dalle unità di gestione del rischio clinico. Dovranno inoltre curare di più le condizioni di lavoro, l'aggiornamento e le competenze dei propri professionisti, ed eliminare le scelte clientelari per affidare incarichi di direzione. Se tutto questo, assieme alla riduzione della medicina difensiva, diventa l'effetto collaterale della sentenza, come ci auguriamo - ha concluso Cassi - mettiamo un altro importante tassello verso la valorizzazione dei professionisti e della professione medica che Cimo richiede da tempo".

## **Sanità, lavoro e sindacato di Ivan Cavicchi**

*Cambia il lavoro e deve cambiare anche il sindacato. La questione di fondo è una ricapitalizzazione del lavoro che necessita di cambiamenti riformatori. Se restiamo quello che siamo e se quello che siamo ci impedisce di combattere una battaglia riformatrice allora è come se tutto quello che facciamo fosse fatto per gestire al minor prezzo una sconfitta*

Il 6 ottobre su questo giornale sono stato molto colpito dalla contestualità di un bell'[articolo sulla "formazione medica" \(Montemurro e Pozzi\)](#) e da un interessante [convegno sulla "medicina difensiva" \(Cimo Spoleto\)](#). L'articolo e il convegno pongono apparentemente tematiche molto distanti tra loro, (anche se nella realtà come vedrete sono collegate più di quello che si pensa), che ci appaiono scollegate ma solo perché siamo noi che non riusciamo a collegarle a causa della mancanza di una strategia progettuale.

L'articolo si preoccupa soprattutto per il futuro, il convegno si preoccupa soprattutto per il presente.

Il primo ragiona sui rapporti che esistono tra accesso alla formazione del medico e mercato del lavoro e sul surplus di medici che si potrebbe evitare o ridurre riformando l'attuale sistema dell'accesso.

Il secondo in realtà ragiona non tanto di "medicina difensiva", (comportamento professionale opportunistico ingenerato da tante cose quali il prevalere di una cultura proceduralista, una formazione inadeguata a operare scelte in condizioni di complessità, la crescita del rischio professionale causata da fattori sociali legati alla trasformazione della figura del paziente" ecc), ma ragiona di "contenzioso legale" cioè di un particolare conflitto sociale tra medici e società e propone essenzialmente delle soluzioni assicurative.

L'articolo e il convegno nonostante esprimano soggetti con posizioni anagrafiche diverse (giovani e non giovani), ragionano con la stessa logica:

- Il primo dice: *se* accesso incondizionato *allora* disoccupazione *quindi* accesso condizionato quale soluzione
- il secondo dice: *se* contenzioso legale *allora* medicina difensiva *quindi* assicurazioni diverse quali soluzione

La logica comune è quella "precauzionale" altrimenti detta della "riduzione del danno" che assume il sistema delle cose in quanto tale pensando che sia possibile risolvere i problemi semplicemente con provvedimenti tampone. In genere i limiti



dei provvedimenti tampone sono dovuti allo scarto che esiste tra le soluzioni proposte e i mutamenti strutturali in essere, e quindi alla mancanza di una visione strategica in grado di creare interconnessioni larghe tra i diversi problemi.

Senza una visione strategica sui mutamenti strutturali in essere:

- l'articolo tende a trascurare il fatto che oggi/domani l'occupazione in sanità è/sarà condizionata sempre più da pesanti politiche di svalutazione del lavoro innescate dai problemi finanziari del paese. Se guardiamo alla prospettiva è difficile che si influisca sul mercato del lavoro sanitario solo riformando gli accessi all'università. E' verosimile che anche con un altro sistema di accesso il mercato del lavoro della sanità soffrirà comunque di un surplus cronico di medici dovuto soprattutto alle politiche di decapitalizzazione. Se il lavoro per questo paese è un anti capitale è difficile non avere quello che una volta si chiamava "*esercito di riserva*", perché è del tutto naturale reiterare il blocco del turn over, quindi restringere le possibilità occupazionali, ricorrere alla precarietà, alla massima flessibilità, concepire la contrattazione a costo zero o al minimo ecc.

- Il convegno non si pone il problema di prevenire tanto il contenzioso legale quanto la medicina difensiva, lavorando ad esempio sulle relazioni con i cittadini, sulla corresponsabilizzazione del malato alle decisioni cliniche, su un altro genere di formazione del medico, su un ripensamento delle procedure ecc. Il convegno da per scontato che rispetto ai problemi del contenzioso legale non si può fare altro che proteggere legalmente e finanziariamente il medico che c'è cioè ridurre non il rischio professionale ma i danni che esso provoca.

L'articolo pone un quesito fondamentale: invarianza o cambiamento? Cioè vogliamo basso o alto? Fino a parlare di "*riforma strutturale*".

Personalmente, sono per una "*riforma strutturale*", cioè per volare alto convinto come sono che lo spirito contro riformatore dei nostri tempi è così forte da necessitare una spinta almeno uguale e contraria. Sono anni che sostengo che ormai le mutande di bandone del marginalismo non bastano più ..e che è necessario indossare l'armatura del riformismo ...e contro attaccare. Questo era il senso di fondo delle 10 domande ([QS 26 settembre](#)) che ho rivolto ai sindacati senza avere risposte, ad eccezione di Nursind che ringrazio commosso, ([QS 6 ottobre](#)). Ad una prospettiva che svaluta il lavoro ad anti capitale penso che sia ragionevole contrapporre una contro prospettiva mettendo in campo una strategia che restituisca al lavoro la sua funzione di capitale. Come?

Supponiamo di disporre di una strategia che ponga al centro della battaglia sindacale la ricapitalizzazione del lavoro, in questo caso la strategia farà in modo di interconnettere i tanti problemi che afferiscono alla decapitalizzazione del lavoro, per tirarne fuori delle proposte e delle azioni di lotta. Con questa visione strategica interconnettiamo la questione posta dall'articolo con la questione posta dal convegno. Cosa ne viene fuori? Ne viene fuori che certi problemi del medico, quelli della formazione, si possono rapportare con le diseconomie della medicina difensiva, con il vantaggio di sfruttarne le interconnessioni.

Il ragionamento è semplice:

- con un altro sistema formativo posso avere un altro genere di lavoro in qualità e in quantità

- con un altro genere di lavoro posso ridurre la medicina difensiva e tante altre cose
- riducendo la medicina difensiva e tante altre cose posso liberare delle risorse
- se libero delle risorse posso finanziare una politica di ricapitalizzazione del lavoro
- la ricapitalizzazione del lavoro equivale ad un allargamento del mercato del lavoro.

Non ho fatto altro che mettere una vicino all'altra, delle questioni immaginando una strategia per rivalutare il lavoro.

Cosa ho imparato?

Che nel casino in cui si trova il lavoro in sanità è:

- meglio uscire da una logica precauzionale preoccupata solo di ridurre un danno che se non invertito, è comunque destinato a crescere
- necessario avere una visione strategica
- importante imparare a interconnettere le diverse questioni per sfruttare a favore del lavoro la loro complessità
- fondamentale assumere un'ottica riformatrice quindi un atteggiamento rivolto al futuro che considera il presente come il primo postulato del cambiamento.

Che altro ho imparato? Che:

- la questione di fondo è la ricapitalizzazione del lavoro
- che per affrontarla devo contro attaccare con dei cambiamenti riformatori e mettere sul tavolo un lavoro che sia un capitale in questa situazione e in tutti i modi possibili
- la ricapitalizzazione del lavoro è un obiettivo strategico che deve marcare tutte le politiche sindacali
- non esiste questione importante in sanità che possa essere affrontata al di fuori di questa priorità strategica

C'è ancora qualcosa da imparare?

Tutte queste cose sono belle da dirsi ma difficili da farsi....cioè tra essere sindacato e dover essere sindacato oggi c'è un abisso. Io sto con il sindacato e dico che è normale di fronte a dei cambiamenti così profondi avere delle difficoltà a cambiare, avere una nuova visione strategica, ripensare forme di lotta adeguate .... in questo caso il problema è del sindacato.. con i suoi limiti gli altri non c'entrano. Se restiamo quello che siamo e se quello che siamo ci impedisce di combattere una battaglia riformatrice allora è come se tutto quello che facciamo fosse fatto per gestire al minor prezzo una sconfitta. Essere sconfitti a causa dei nostri limiti quando potremmo vincere trasformando i nostri limiti in possibilità...mi brucia.. e parecchio.

*Ivan Cavicchi*

## **L'infezione H è senza tregua I dati Marsh: una richiesta di risarcimento ogni 100 eventi in corsia Costi per 6,7 milioni l'anno - Rischio più alto in oncologia e ortopedia**

Anche per il 2014 sembrerebbe confermarsi il dato esposto l'anno scorso secondo cui ogni 100 infezioni contratte durante la degenza ospedaliera si avrebbe una richiesta di risarcimento danni. Quindi il trend delle richieste danni per questo specifico settore - confrontando i dati del database di Marsh per la medmal e gli studi che sono disponibili sulle infezioni ospedaliere - mantiene la sua stabilità.

Negli ultimi anni si sta osservando un aumento delle infezioni contratte per cause correlabili al percorso di cura del paziente. Il fenomeno riscuote un interesse sempre maggiore a livello nazionale e internazionale, come dimostrato dall'elevato numero di campagne di formazione e informazione per operatori e pazienti mirate a diffondere pratiche di prevenzione e monitoraggio delle infezioni ospedaliere. Malgrado siano presenti e obbligatori per legge da alcuni anni i comitati per le infezioni ospedaliere (Cio), tale fenomeno non accenna a diminuire.

Questo tipo di evento provoca ricadute importanti a livello della salute del paziente, della percezione della qualità delle cure e a livello economico. In particolare prolunga le degenze aumentando di conseguenza i costi sociali, riducendo ulteriormente le già scarse risorse disponibili per lo sviluppo e la programmazione sanitaria.

Spesso le infezioni ospedaliere sono difficilmente identificabili se non adeguatamente monitorate; peraltro l'Organizzazione mondiale della Sanità ribadisce da anni che dev'essere favorita l'implementazione di un sistema di monitoraggio e di reporting delle infezioni ospedaliere come una delle principali soluzioni per ridurre la frequenza del fenomeno.

Secondo i dati Marsh (2004-2012) il costo del contenzioso per le infezioni ospedaliere è poco più del 4% del costo totale dei sinistri medmal nella sanità pubblica, comportando in media una spesa annua in aumento che raggiunge circa i 6.700.000 euro.

Sul totale delle richieste di risarcimento danni raccolte nel periodo indicato, le infezioni ospedaliere impattano per il 3,23% (1.240 su un totale di 38.354). Più della metà (62,98%) sono riferibili a prestazioni erogate nell'area chirurgica, cosa che porta a ipotizzare come principale causa una carenza nell'utilizzo delle precauzioni standard nell'assistenza dei pazienti, specialmente quelli sottoposti a interventi chirurgici e quindi maggiormente esposti al rischio di contaminazione da agenti esterni. In particolare, il 28,55% delle infezioni ospedaliere denunciate è riferibile a Ortopedia e traumatologia e il 21,29% a Chirurgia generale. Circa il 6,30% è rilevato in Dea/pronto soccorso.

Relativamente al campione di richieste danni analizzato, 17 sinistri in media all'anno sono relativi a casi di decesso per infezione ospedaliera (pari al 9,44% dei casi

l'1,20% in più rispetto allo scorso anno). Tali casi hanno un costo medio di circa 115.000 euro, circa 2.000,00 in più sul dato medio.

La maggior parte delle richieste danni è stragiudiziaria; circa il 12% è giudiziario (di cui solo l'1,34% di natura penale). Questa percentuale cambia notevolmente in caso di decesso correlato all'infezione, arrivando a circa il 30% di pratiche giudiziarie con un 9,4% di penale.

In 9 anni di osservazione il 58,63% delle richieste danni è ancora aperto; il 22,58% è chiuso e circa il 17,50% è senza seguito.

I tempi di denuncia rispetto al trend attuale, che vede una diminuzione dell'intervallo tra la data di accadimento dell'evento e la data del sinistro, per questa particolare tipologia sono più del doppio.

Come anticipato, il costo per i sinistri da infezione ospedaliera pesa poco più del 4% sul totale (circa 60 milioni di euro). Il costo medio per sinistro è di circa 59.000 euro; il liquidato medio è pari a circa 61.200 euro, mentre il riservato medio è poco più di 58.000 euro. Il costo medio è aumentato di 9mila euro, circa 15% in più rispetto alla analisi dell'anno scorso. Complessivamente vengono denunciate più infezioni al Nord Italia, seguito dal Centro e dal Sud. Mediamente sul dato annuo la proporzione viene rispettata.

Analizzando il dato per tipologia di struttura ospedaliera, complessivamente incidono maggiormente le strutture specialistiche e universitarie, mentre sul dato medio annuo si osserva una maggiore incidenza di quelle universitarie e delle strutture ortopediche.

All'interno dello studio sono stati analizzati 4 indicatori di tasso di rischio e 4 di valore assicurativo prendendo come parametri di riferimento i posti letto, i ricoveri e le giornate di degenza e il numero di interventi. I risultati mostrano che a livello nazionale c'è un'incidenza di 2,8 eventi ogni 1.000 posti letto, 8 eventi ogni 10.000 ricoveri, 1,70 eventi ogni 10 giornate di degenza e 0,7 ogni 1.000 interventi chirurgici.

Al Nord si verificano 3,4 eventi ogni 1.000 posti letto, 10 ogni 10.000 ricoveri, 1,1 ogni 10 giornate di degenza e 0,9 ogni 1.000 interventi chirurgici; al centro 2,7 per 1.000 posti letto, 7 per 10.000 ricoveri, 0,6 per 10 giornate di degenza e 0,9 ogni 1.000 interventi chirurgici; al Sud Italia si verificano 2,20 eventi ogni 1.000 posti letto, 5 ogni 10.000 ricoveri, 0,1 ogni 10 giornate di degenza e 0,5 ogni 1.000 interventi chirurgici. Rispetto all'anno precedente c'è un leggero miglioramento rispetto ai posti letto ma non rispetto alle giornate di degenza. Il Nord segna un leggero miglioramento e il Centro Italia in leggero peggioramento.

Considerando il valore assicurativo, relativamente agli stessi indicatori in Italia si attesta un costo di 138,99 e per posto letto, 3,70 e per ricovero, 0,47 e per giornata di degenza e 3,34 e per intervento chirurgico.

Al Nord il valore assicurativo per posto letto è 146,32 e, per ricovero 4,16 e, per giornata di degenza 0,51 e e 3,75 e per singolo intervento chirurgico; al Centro 162,78 e per posto letto, 4,09 e per ricovero, 0,52 e per giornata di degenza e 3,64 e per intervento chirurgico; al Sud 73,64 e per posto letto, 1,62 e per ricovero, 0,25 e per giornata di degenza e 1,63 e per intervento chirurgico. Complessivamente si osserva un riduzione dei valori economici

Questa analisi è stata condotta anche sulle diverse tipologie di ospedale. In particolare

nelle strutture di primo livello il tasso di rischio è 2,70 per 1.000 posti letto, 7 per 10.000 ricoveri, 0,80 per 10 giornate di degenza e 0,7 ogni 1.000 interventi chirurgici; nelle strutture materno-infantili si verificano 2,6 eventi per 1.000 posti letto, 6 per 10.000 ricoveri, 0,20 per 10 giornate di degenza e 0,3 ogni 1.000 interventi chirurgici; negli ospedali oncologici i tassi di rischio sono 2,1 per 1.000 posti letto, 4,15 per 10.000 ricoveri, 0,1 per 10 giornate di degenza e 2,7 ogni 1.000 interventi chirurgici; gli ospedali ortopedici hanno un tasso di 13,3 eventi per 1.000 posti letto, 35 per 10.000 ricoveri, 0,1 per 10 giornate di degenza e 1,8 ogni 1.000 interventi chirurgici; nelle strutture di secondo livello si verificano 3,3 eventi per 1.000 posti letto, 8 per 10.000 ricoveri, 0,5 per 10 giornate di degenza e 0,9 ogni 1.000 interventi chirurgici; infine, negli ospedali universitari si osserva un tasso di 2,8 eventi per 1.000 posti letto, 7 per 10.000 ricoveri, 0,4 per 10 giornate di degenza e 0,6 ogni 1.000 interventi chirurgici.

Il valore assicurativo negli ospedali di primo livello è 137,52 e per posto letto, 3,77 e per ricovero, 0,46 e per giornata di degenza e 3,61 e per ogni intervento chirurgico; le strutture materno-infantili presentano un valore di 236,30 e per posto letto, 5,17 e per ricovero, 0,91 e per giornata di degenza e 3,12 per intervento chirurgico; negli ospedali oncologici si attesta un costo di 614 e per posto letto, 13,59 e per ricovero, 2,21 e per giornata di degenza e 8,21 e per intervento chirurgico; negli ospedali ortopedici il valore assicurativo è 431,36 e per posto letto, 11,36 e per ricovero, 1,22 e per giornata di degenza e 5,75 e per intervento chirurgico; nelle strutture di secondo livello 101,31 e per posto letto, 2,59 e per ricovero, 0,34 e per giornata di degenza e 2,72 e per singolo intervento chirurgico; infine negli ospedali universitari il valore assicurativo è 166,64 e per posto letto, 4,38 e per ricovero, 0,55 e per giornata di degenza e 3,35 e per intervento chirurgico.

Possiamo dunque affermare che esista una maggiore esposizione al Nord e che le strutture maggiormente esposte sia in termini di rischio che di valore assicurativo siano quelle oncologiche e ortopediche.

## **Anaao Giovani a Renzi: «Sos disoccupazione, un Jobs Act anche per i medici»**

Che fine faranno i 12mila nuovi medici disoccupati che entro il 2020 stenteranno a inserirsi nel mercato del lavoro? Se lo chiedono i professionisti di Anaao Medici, che in un momento di dibattito caldo sulle modalità di accesso alle facoltà di medicina e sull'organizzazione della formazione, con la manovra dietro l'angolo, mettono sul piatto i dati più recenti.

Entro il 2020 - avvertono da Anaao Giovani - dalle Università italiane usciranno almeno 12.000 potenziali medici disoccupati che si andranno ad aggiungere a quelli che lo sono da tempo, e questo anche come risultato di continui ricorsi al Tar. Dati alla mano, su 25.000 iscritti a Medicina e Chirurgia nei soli a.a. 2013-2014 e 2014-2015, arriveranno alla laurea in 17.500 e di questi solo poco più di 5.000 potranno

entrare nelle Scuole di specialità. Chi avrà la fortuna di trovare un lavoro, sarà precario e sfruttato con una "paga" poco superiore a quella di una collaboratrice domestica. Il fenomeno del precariato medico nelle Asl e negli ospedali italiani «è diventato ormai un problema di palese violazione delle norme fondamentali sul lavoro, che rende i luoghi di cura simili a quei laboratori clandestini affollati di lavoratori sottopagati e in condizioni sub-umane», ribadiscono dal sindacato. E «la vita del medico precario è desolante. "Assunto" con contratto atipico spesso con partita Iva, o con progetto, o con borsa di studio per lavorare come un lavoratore dipendente sotto mentite spoglie. Ancor più vergognoso è che alcune Asl e ospedali pretendono che il medico si assuma la completa responsabilità di quanto può accadere durante un turno, una guardia o peggio un intervento chirurgico firmando una sorta di "liberatoria" che sollevi l'azienda da qualsiasi addebito». Non va meglio sul fronte dei guadagni: «I datori di lavoro, pubblici e privati, cercano tutti i modi di abbassare il costo del lavoro utilizzando per compiti istituzionali lavoratori "falsamente" autonomi come lavoratori subordinati con tanto di turni firmati dal direttore delle Unità operative e avvallati dalle direzioni sanitarie omettendo anche il versamento di contributi», continuano i "giovani" di Anaa. Da tutte queste considerazioni nasce l'appello al premier Matteo Renzi, «per chiedere maggiore attenzione a questo settore e ai suoi problemi perché siano adottati provvedimenti destinati a creare posti di lavoro anche nella Sanità. Anaa Giovani auspica una forma di Jobs Act per conciliare formazione e lavoro, evitare le fughe all'estero, scelte obbligate per la mancanza nell'ultimo ventennio di una efficace programmazione. Estendere le tutele contrattuali ai lavoratori atipici, stabilizzare le migliaia di precari, sbloccare le assunzioni in una staffetta generazionale. I giovani medici - è il monito - non hanno meno diritti per il solo fatto di essere medici».

## **Infarto, la rete Ima «fa 90»: i dati presentati al congresso Sici-Gise**

Al 35° Congresso della Società italiana di Cardiologia interventistica di Genova il punto sulle reti di emergenza anti-infarto: rispetto a 5 anni fa sono raddoppiate e coprono oggi il 90% del fabbisogno nazionale. «Un'ottima notizia per i pazienti italiani e per la Sanità pubblica - afferma il presidente Sici-Gise Sergio Berti - dato che le malattie cardiovascolari rappresentano una delle prime cause di morte sia negli uomini che nelle donne. In Italia ogni anno 120mila persone sono vittime di un infarto miocardico acuto, e l'infarto rimane la principale causa di morte nei Paesi Ue con circa il 30% dei decessi, oltre la metà dei quali prima dell'ospedalizzazione».

Da qui la decisione della Società scientifica di monitorare a partire dal 2007-2008 l'andamento delle procedure di angioplastica coronarica primaria, il trattamento più efficace nel ridurre la mortalità a breve e a lungo termine dei pazienti colpiti da infarto miocardico. L'Italia è stato uno dei primi Paesi in Europa ad eseguire l'angioplastica primaria ed alcune regioni italiane sono un modello di organizzazione

della rete molto efficiente per il trattamento dell'infarto miocardico con sopralivellamento ST (Stemi).

Oggi i dati della Società italiana di Cardiologia invasiva-Gise, riportati nel servizio pubblicato su [Il Sole-24Ore Sanità n. 37/2014](#), documentano che nel 2013 sono state eseguite circa 32.000 angioplastiche coronariche primarie con una media di 535 per milione di abitanti/anno, con un incremento del 6,4% rispetto al 2012. Nel 2009 (rilevazione Ima web 2009) il totale era stato di 25.455 angioplastiche primarie, con una media di 470 per milione di abitanti/anno. «Siamo quindi davanti a un importante incremento degli interventi a beneficio dei pazienti, anche se ancora al di sotto rispetto ai 600 interventi per milioni di abitanti/anno raccomandate dalla Società Europea di Cardiologia», conclude Berti.

Le priorità sul campo ora riguardano, oltre al completamento della rete infrastrutturale, la continua formazione degli operatori delle reti di emergenza urgenza - medici, infermieri, equipaggi e centrali operative 118, dei Pronto soccorso e dei Dea, reparti di Cardiologia, e la sensibilizzazione della popolazione, soprattutto dei segmenti più a rischio come donne e anziani - al riconoscimento del dolore cardiaco, per ridurre la quota di pazienti, ancora troppo elevata in Italia, che si dirigono con mezzi propri all'ospedale per ricevere le necessarie cure anziché attivare la rete 118, o che tendono per fattori diversi a non ricorrere immediatamente alle cure.

DOCTOR 33.IT

## **Medici evasori? Statistiche tradiscono timido calo ma agli ordini non arrivano segnalazioni**

«È possibile che, almeno in alcuni settori, l'evasione fiscale tra medici e odontoiatri sia in calo. Nell'intramoenia i controlli sono ormai capillari, e ciò ha sensibilizzato i comportamenti. Ma sono tante, troppe 28-30 mila denunce da parte di italiani che, cercando cure, hanno trovato evasori (anche se ogni professionista in teoria può esser stato interessato da più segnalazioni)». Il presidente dell'Ordine dei Medici di Bari **Filippo Anelli** commenta la statistica al 10 ottobre scorso resa nota dal sito [evasori.info](#): i dati registrati dal 2012 rilevano 1.055.000 segnalazioni per un valore complessivo evaso pari a circa 165 milioni (circa 160 euro a segnalazione in media). Di questo totale il 35% è evaso da studi legali, avvocati e notai, seguiti da medici e dentisti la cui evasione ammonta a un 7,5% della torta, un valore teorico di circa 11 milioni: non poco se si pensa che l'abusivismo in termini di evasione è stimato in complessivi 80 milioni di euro. Seguono ristoranti (6% del totale) agenzie immobiliari (5,6%) e, con il 5% ciascuno, bar e servizi alla persona che invece, come ricorrenza della "marachella", spiccano: i bar sono segnalati in ben il 33% dei casi, seguiti a distanza da ristoranti (12,2%) alimentari (10%) servizi alla persona (9,2%),

ambulanti (4,2). I camici non arrivano al 3%, ma nel Rapporto 2012 Eures oltre un intervistato su tre dei 1225 cittadini sondati rilevò evasione tra di essi sottolineando come i comportamenti più frequenti fossero la mancata emissione della fattura (14,8% di segnalazioni per entrambe le categorie) seguita dalla ricevuta per un corrispettivo inferiore (6% dei dentisti e 5,5% dei medici) e dalla fattura con compenso aumentato (3% di segnalazioni sui medici). Anelli in questi anni ha invitato i cittadini a denunciare all'ordine i medici evasori, «ma non ho ricevuto una sola segnalazione, malgrado avessi dichiarato che avrei perseguito i colleghi e malgrado gli sforzi del nostro Ordine. Abbiamo istituito una Scuola di etica pubblica alla quale si sono avvicinati 300 iscritti. Siamo in tanti a ribadire che “non si può essere medici se non si è da prima bravissimi cittadini”, ma di fronte a questi fenomeni l'Omceo forse è visto come una corporazione e ciò deve farci riflettere». Il presidente barese rimarca che «non solo nella mia realtà, ma un po' dappertutto, fanno da deterrente all'evasione in ospedale sia l'avvio delle reti per registrare le prestazioni in intramoenia sia la gravità del reato di non fatturare, che implica non solo evasione ma anche truffa ai danni del Ssn per via dei mancati introiti dell'azienda. Ma rilevo anche crescente sensibilità, e quest'anno l'Omceo Bari ha appena varato l'ennesima campagna con manifesti 6x3 per far capire che il medico è al fianco del cittadino nel rivendicare libertà di cura e diritto alla salute e alla prestazione».

## **Anaaio Giovani, 12000 nuovi medici disoccupati nel 2020**

«Entro il 2020 dalle università italiane usciranno almeno 12.000 potenziali medici disoccupati che si andranno ad aggiungere a quelli che lo sono da tempo, e questo anche come risultato di continui ricorsi al Tar». A lanciare l'allarme è Anaaio Giovani che denuncia «come il fenomeno del precariato medico nelle Asl e negli Ospedali italiani sia diventato ormai un problema di palese violazione delle norme fondamentali sul lavoro, che rende i luoghi di cura simili a quei laboratori clandestini affollati di lavoratori sottopagati e in condizioni sub-umane». «Dati alla mano - si legge in una nota - , su 25.000 iscritti a Medicina e Chirurgia nei soli a.a. 2013-2014 e 2014-2015, arriveranno alla laurea in 17.500 e di questi solo poco più di 5.000 potranno entrare nelle Scuole di Specialità. Chi avrà la fortuna di trovare un lavoro, sarà precario e sfruttato con una "paga" poco superiore a quella di una collaboratrice domestica». I giovani camici bianchi dell'Anaaio si rivolgono poi al «giovane Presidente del Consiglio per chiedere maggiore attenzione a questo settore e ai suoi problemi perché siano adottati provvedimenti destinati a creare posti di lavoro anche nella Sanità». Il sindacato auspica infine «una forma di Jobs Act per conciliare formazione e lavoro, evitare le fughe all'estero, scelte obbligate per la mancanza nell'ultimo ventennio di una efficace programmazione. Estendere le tutele contrattuali ai lavoratori atipici, stabilizzare le migliaia di precari, sbloccare le assunzioni in una staffetta generazionale. I giovani medici non hanno meno diritti per il solo fatto di essere medici».



## **Renzi in visita a Philip Morris. Oncologi: bene occupazione ma pensare a salute**

I Presidenti dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e della Fondazione "Insieme Contro il Cancro", **Stefano Cascinu** e **Francesco Cognetti**, hanno inviato una lettera aperta al Presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**, in seguito alla sua visita ai futuri stabilimenti della Philip Morris di Zola Predosa lo scorso 10 ottobre. Gli oncologi ricordano come il fumo rappresenti uno dei maggiori nemici per la salute dell'uomo: le sigarette sono infatti responsabili di oltre 9 decessi su 10 per cancro al polmone e per questo, propongono, serve pensare alla prevenzione e a campagne specifiche per le quali assicurano la loro disponibilità. «Abbiamo molto apprezzato il Suo discorso sul valore dell'innovazione, unica via per uscire dalla crisi e per provare a costruire il domani di questo Paese. Ogni giorno dialoghiamo con le aziende farmaceutiche e ci rendiamo conto delle difficoltà per le multinazionali a investire in Italia. Quindi, siamo lieti che venga costruito uno stabilimento in Emilia Romagna, con tutte le positive conseguenze occupazionali che verranno», scrivono. Ma gli oncologi ricordano che la Philip Morris è una delle principali multinazionali produttrici di sigarette e il fumo rappresenta uno dei più grandi pericoli per la salute dell'uomo, soprattutto per il tumore del polmone. «La probabilità di sviluppare la malattia, infatti, è più alta di 14 volte nei tabagisti rispetto ai non fumatori. In Italia, i prodotti a base di tabacco sono responsabili di oltre 9 decessi su 10 per cancro al polmone". Per questo arriva la proposta di una riflessione su una o più campagne di sensibilizzazione sul tema, così come ha recentemente fatto anche la Francia del premier Hollande, che ha stanziato 1,5 miliardi di euro per iniziative sugli stili di vita.

## **Dopo rianimazione per arresto cardiaco i fumatori sopravvivono di più**

Dopo quello francese, ecco il paradosso del fumatore: tra i pazienti sottoposti a rianimazione cardiopolmonare (Cpr) per arresto cardiaco in ospedale, i fumatori sopravvivono più dei non fumatori. «E hanno anche meno probabilità di avere postumi neurologici dopo l'arresto» dice **Tanush Gupta** del Dipartimento di medicina al New York medical college di Valhalla e primo autore di uno studio pubblicato sull'*American journal of cardiology*. «Anche se nei fumatori tassi di infarto miocardico acuto più alti rispetto ai non fumatori, diversi studi dimostrano un tasso di mortalità più basso dopo l'infarto» riprende il ricercatore, spiegando che questo fenomeno è noto come il paradosso del fumatore. «Anche se il fumo è un fattore di rischio per l'arresto cardiaco, i suoi effetti sugli esiti di un arresto cardiaco intraospedaliero restano poco noti» osserva Gupta, che assieme ai colleghi ha ipotizzato che, date le analogie tra arresto cardiaco in ospedale e infarto del miocardio acuto, la condizione di fumatore possa essere associata a migliori risultati dopo la rianimazione cardiopolmonare nell'arresto cardiaco in ospedale. Allo scopo i ricercatori hanno utilizzato il Nationwide inpatient sample finanziato dall'Agency for healthcare research and quality project, il più grande database sull'assistenza ospedaliera statunitense, con dati relativi a 8 milioni di ricoveri in circa 1.000

ospedali su tutto il territorio nazionale. Dei 838.464 pazienti rianimati dopo un arresto in ospedale, il 13,9% erano fumatori. «Rispetto ai non fumatori, chi fumava era più spesso giovane, caucasico e maschio, con una maggiore prevalenza di dislipidemia, malattia coronarica, ipertensione, malattie polmonari croniche, obesità e malattia vascolare periferica» aggiunge il ricercatore. Ciononostante, i risultati dello studio dimostrano che i fumatori hanno un tasso di sopravvivenza più elevato e una minore probabilità di esiti neurologici dopo arresto cardiaco in ospedale rispetto ai non fumatori. «Questa paradossale associazione potrebbe dipendere da un fenomeno simile al preconditionamento ischemico: se un'occlusione in grado di creare un danno ischemico è preceduta da un'occlusione temporanea, il miocardio risulta parzialmente protetto» ipotizza Gupta. E conclude: «Ulteriori studi prospettici sono necessari per confermare queste osservazioni e per chiarire i meccanismi alla base del paradosso del fumatore nei pazienti con arresto cardiaco in ospedale».

*Am J Cardiol. 2014 Jul 15;114(2):169-74. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.04.021*

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**