

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
21 LUGLIO 2014

L'UNIONE SARDA

OLBIA Una sospetta frattura? Ripassare nei giorni feriali Ragazzina in Pronto soccorso, domenica non c'è il radiologo

Una sospetta frattura? Passare in un giorno feriale, prego. Oppure attendere pazientemente che arrivi qualche ferito grave che giustifichi la presenza del radiologo. Anno 2014, ospedale Giovanni Paolo II. La signora milanese, finita qui in ambulanza con la figlia quattordicenne, che ha una caviglia gonfia come un pallone dopo una caduta, non riesce a capacitarsi che in un ospedale pubblico italiano la domenica non sia presente un radiologo in servizio al Pronto soccorso. «Appena arrivati ci hanno detto, *perché siete venuti qui?* Dove saremmo dovuti andare se non in ospedale?». Sono le 19,30 e Paola Parravicini è insieme alla figlia Francesca in sala d'attesa da un paio d'ore. «Ancora non l'ha vista nessun medico, ora ci hanno detto che il radiologo sta arrivando per fare una tac urgente, speriamo che le facciano la lastra».

L'INCIDENTE La vacanza della famiglia milanese non è iniziata sotto una buona stella. Erano appena arrivati in un hotel sulla costa tra Olbia e Golfo Aranci, quando la ragazzina ha messo male un piede ed è caduta nelle scale. La caviglia si è immediatamente gonfiata. «Sono stati i responsabili dell'albergo a chiamare il 118», racconta la mamma: «È arrivata subito l'ambulanza che ci ha accompagnate in ospedale. Lì, ci hanno subito chiesto, perché siete venuti qui? Sono rimasta allibita». Il problema, almeno così è stato spiegato alla signora, è che il radiologo la domenica non c'è. «Mi hanno detto che lo specialista reperibile viene chiamato solo se ci sono casi urgenti. In sostanza per sapere se mia figlia ha una frattura, devo sperare che succeda qualcosa di grave», racconta Paola Parravicini: «Io non ho mai visto una situazione di questo genere».

PRONTO SOCCORSO Qualche giorno fa era stata la Asl a segnalare gli accessi record al Pronto soccorso, con 1970 pazienti in quindici giorni, numeri tra i più alti in Sardegna. Il settanta per cento però è costituito da codici bianchi o verdi. «Il nostro Pronto soccorso - aveva spiegato il primario Attilio Bua - è dimensionato per una popolazione di circa 150 mila abitanti ma si trova a gestire nel periodo estivo numeri di gran lunga superiori. Ma non solo. Si assiste a un incremento costante degli accessi al Pronto soccorso per patologie non urgenti». Ma tra il radiologo che non c'è e una comunicazione forse non molto efficace, il biglietto da visita è pessimo. «Se l'avessi saputo prima, - conclude la turista - non avrei portato mia figlia in vacanza qui. E credo che in Sardegna non tornerò più».

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Test medicina. Udu e Rete degli studenti vincono maxi ricorso al Tar. Oltre 2000 ricorrenti ammessi

I giudici amministrativi del Lazio hanno dato ragione agli studenti stabilendo l'ammissione in sovrannumero dei ricorrenti provenienti da Bari, Tor Vergata, Napoli, Salerno e tante altre parti d'Italia. La richiesta è semplice: "Adesso il Ministro deve cambiare le regole di un gioco truccato".

“Oggi è un grande giornata piena di sole per gli studenti italiani, il Tar ha dichiarato che il concorso di medicina 2014/15 è illegittimo, e ha stabilito l'ammissione in sovrannumero di tutti i ricorrenti patrocinati dagli Avvocati Michele Bonetti e Santi Delia”. Queste le dichiarazioni di **Gianluca Scuccimarra**, Coordinatore dell'Unione degli Universitari.

“Oggi abbiamo fatto entrare più di 2000 ricorrenti provenienti da Bari, Tor Vergata, Napoli, Salerno e tante altre parti d'Italia. Serve altro per dimostrare l'inefficacia di questo metodo di selezione degli studenti? Abbiamo fin da subito criticato tale sistema, e oggi raccogliamo i frutti di tanti anni di proteste e denunce”.

“Il Tar del Lazio oggi ha accolto i maxi ricorsi che abbiamo presentato lo scorso maggio insieme all'Udu - ha raccontato **Alberto Irone**, portavoce della Rete degli studenti medi -. Siamo partiti dal caso di Bari, quattro plichi mancanti e non uno come avevano precedentemente detto, che hanno alterato la par condicio del concorso; da lì è partita la fuga di notizie e grazie al codice del compito e al vizio dell'anonimato vi è stata una fuga di notizie e un cocktail micidiale che ha inciso su una graduatoria nazionale”.

“Adesso, dopo oltre 2000 ricorrenti, il Ministro deve cambiare le regole di un gioco truccato, e le deve cambiare con le vittime di questi anni, ovvero gli studenti - ha concluso Gianluca Scuccimarra - per questo chiediamo una risposta immediata sia al Capo del Governo Renzi, che al il ministro Giannini. Oggi si è chiusa un'epoca, caratterizzata dal numero chiuso, ed è necessario aprire una nuova fase dell'università italiana che elimini i test d'ingresso e il numero chiuso”.

Farmaci biologici e biosimilari. Da Nord a Sud medici e pazienti chiedono più tutele per la sicurezza

Concluso il ciclo di incontri “Il valore del farmaco biologico tra continuità terapeutica e sostenibilità economica” promosso dalla Fondazione Charta in cinque capoluoghi: specialisti e Associazioni pazienti concordi nella richiesta di garanzie nell'uso dei farmaci biosimilari, "simili ma non identici ai farmaci biologici e non ancora supportati da adeguate evidenze scientifiche".

Considerare le esigenze di risparmio del Servizio sanitario senza mettere in discussione la sicurezza dei pazienti, che non possono essere “spostati” da una terapia a un'altra per ragioni di budget e in assenza di evidenze scientifiche adeguate. Promuovere il diritto del paziente alla continuità terapeutica e coinvolgerlo nelle decisioni sulla propria terapia. Sono queste le indicazioni che emergono dal ciclo di incontri “Il valore del farmaco biologico tra continuità terapeutica e sostenibilità economica” che si sono svolti in cinque città italiane (Milano, Venezia, Ancona, Firenze e Napoli) su iniziativa della Fondazione Charta, con l'obiettivo di approfondire gli aspetti principali connessi al tema dei farmaci biosimilari, l'opzione alternativa ai farmaci biologici di “marca” una volta che decade la copertura brevettuale.

Rappresentanti delle Istituzioni, clinici, farmacisti ospedalieri e farmaco-economisti si sono confrontati su un tema di grande attualità: se i farmaci biologici infatti hanno cambiato le prospettive nel trattamento di numerose malattie gravi e debilitanti – si va dai tumori alle

malattie infiammatorie, fino a quelle autoimmuni, neurologiche e degenerative – oggi la possibilità di passare (switch) ai corrispettivi biosimilari, più economici, è guardata con grande interesse dai decisori pubblici e dagli amministratori regionali impegnati a far quadrare i conti della sanità.

Specialisti e pazienti sollevano però "inquietanti interrogativi" sotto il profilo della sicurezza e dell'efficacia del biosimilare, della comparabilità clinica, dell'interscambiabilità tra biologico e biosimilare. Le norme di Ema e Aifa, infatti, parlano chiaro: il farmaco biosimilare non può essere considerato uguale al farmaco biologico di riferimento, perché la procedura biotecnologica di produzione è diversa.

"La problematica è duplice – sintetizza **Vito Annese**, Direttore del Reparto di Gastroenterologia 2, Ospedale Careggi, Firenze – da un lato c'è il paziente che deve iniziare una terapia, al quale si propone un trattamento per il quale il medico non ha nessuna evidenza diretta circa l'efficacia; dall'altro lato c'è il paziente già in trattamento con l'originatore che si potrebbe trovare nella condizione di passare dal biologico al biosimilare senza sapere con certezza se ci sarà una perdita di efficacia e di sicurezza".

Dal momento che biologici e biosimilari non sono identici, ciò che viene valutato è l'effetto terapeutico del biosimilare, che deve essere lo stesso del farmaco originatore senza compromettere la sicurezza. Ma proprio su questo punto emergono i problemi, perché secondo gli specialisti al momento mancano adeguate evidenze cliniche in termini di efficacia che legittimino l'interscambiabilità e quindi il passaggio dal farmaco originatore al suo biosimilare. "Lo switch dal biologico al biosimilare potrebbe intervenire solo se il biologico ha cessato di agire o ha prodotto effetti collaterali – ha spiegato **Gabriele Valentini**, Responsabile Unità Operativa Divisione Reumatologia, Aou II Università degli Studi di Napoli – perché se sta funzionando, il biologico non può essere sostituito dal biosimilare. Se il paziente è già in cura con un farmaco, qualsivoglia esso sia, ed è in remissione, quel paziente non deve cambiare terapia e lo stesso vale per un farmaco biologico".

Sul principio della continuità terapeutica, ovvero sull'opportunità di non modificare la terapia in corso con un farmaco biologico, avvalorato dalle Linee Guida Aifa, concordano tutti gli specialisti. Altrettanto condivise sono le riserve sulla possibilità, prevista dal regolamento Ema, di "estrapolare", cioè trasferire al biosimilare, le indicazioni terapeutiche già approvate per il farmaco originatore anche in assenza di studi diretti. "Estrapolare, dal punto di vista metodologico e statistico, non è sempre una garanzia scientifica. Gli studi di non inferiorità non sempre possono essere ritenuti metodologicamente sufficienti per poter estrapolare i dati in altre indicazioni terapeutiche per quanto concerne l'efficacia clinica - ha affermato **Silvio Danese** Responsabile del Centro Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, Humanitas – Rozzano (Milano) -. Il fatto di avere a che fare con popolazioni diverse di pazienti, con comorbidità diverse e con altri farmaci concomitanti diversi, è molto importante sotto il profilo della sicurezza del paziente".

Peraltro, un ulteriore aspetto delicato da considerare, messo in luce dagli specialisti, riguarda la differenza tra biosimilari di prima generazione utilizzati per patologie in acuto, e i biosimilari degli anticorpi monoclonali di seconda generazione, utilizzati per le patologie croniche, di prossimo ingresso sul mercato. I biosimilari di prima generazione sono più facilmente riproducibili, mentre quelli di seconda generazione sono costituiti da molecole più complesse e di conseguenza anche la valutazione in vitro della similarità è diversa.

Come si stanno muovendo le Regioni? Dal punto di vista delle regole lo scenario è quanto mai variegato, ma l'orientamento che prevale è quello di indicare il biosimilare come

farmaco di prima scelta per i pazienti naive, non trattati in precedenza. In alcune Regioni, come Toscana e Campania, il medico è tenuto a motivare la scelta di non prescrivere il farmaco biosimilare al paziente naive e i Direttori Generali delle Aziende sanitarie devono conseguire un tasso di utilizzo dei farmaci biosimilari pari almeno all'incidenza dei pazienti naive sul totale dei pazienti.

Nelle sue Raccomandazioni l'Aifa non mette comunque in discussione il principio della libera scelta prescrittiva del medico: è a lui che spetta in ultima istanza la decisione circa l'opportunità di passare al biosimilare o scegliere il biologico. Ma c'è sempre il rischio che in alcune Regioni questa indicazione venga disattesa per esigenze di risparmio.

"Ritenere che il medico si lasci condizionare nella scelta prescrittiva da motivazioni economiche dettate a livello regionale è un'ipotesi che non va neppure considerata - ha obiettato **Raffaele Scarpa**, Dirigente Responsabile Reparto di Reumatologia e Riabilitazione Reumatologica, Azienda Ospedaliero Universitaria Federico II, Napoli -. Il paziente ha diritto alle cure più appropriate e il risparmio non può in linea generale influenzare le scelte terapeutiche a scapito della qualità del prodotto, della sicurezza e della sua efficacia".

Insieme ai medici, protagonisti del dibattito sui biosimilari sono i pazienti affetti da patologie gravi e debilitanti per i quali i farmaci biologici sono dei veri e propri "salvavita". Unanime la richiesta delle Associazioni che venga sempre garantita la sicurezza, basando il passaggio dal biologico al biosimilare su evidenze scientifiche, e che i pazienti siano coinvolti nella decisione terapeutica.

"Il passaggio dal biologico al biosimilare - ha affermato **Antonella Celano**, Presidente Apmar, Associazione persone con malattie reumatiche - pone sempre una certa inquietudine e incertezza perché al momento non disponiamo di sufficienti dati clinici. Se per i farmaci biologici i dati di efficacia e sicurezza sono ormai consolidati da anni, non è così per i farmaci biosimilari che hanno fasi di studio molto brevi. Nel corso di una libera consultazione aperta a maggio abbiamo espressamente chiesto ad AIFA, di avviare studi osservazionali come avviene con i farmaci originatori".

La sicurezza dei pazienti dovrebbe basarsi su percorsi chiari e riconosciuti: "È indispensabile, come richiesto dalle Linee Guida Ema, un dossier di registrazione che riporti studi comparativi preclinici e clinici, per dimostrare che il farmaco possiede un profilo sovrapponibile a quello del prodotto di riferimento quanto ad efficacia, sicurezza e qualità - ha sottolineato **Salvatore Leone**, Direttore Generale Amici, l'Associazione nazionale per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino - dovrebbero inoltre essere previsti 5 anni di farmacovigilanza attiva sul prodotto autorizzato, vale a dire lo stesso tempo previsto per un farmaco innovativo immesso sul mercato".

"Sarebbe auspicabile che i pazienti partecipino ai lavori delle Commissioni che decidono i criteri di applicabilità dei biosimilari - ha concluso **Stella Rosi** Presidente Amar, Associazione malati reumatici marche -. Quali che siano le indicazioni stabilite a livello regionale, deve essere sempre salvaguardata la possibilità del medico specialista di poter scegliere liberamente per il bene del paziente".

Cancro. Il colesterolo 'sospettato' di giocare un ruolo nell'attivare alcuni tumori

Legandosi alla proteina Dishevelled, un po' come un primo 'interruttore', il colesterolo potrebbe favorire l'attivazione di un percorso biologico che è collegato allo sviluppo del tumore. Il risultato potrebbe fornire una spiegazione del perché il colesterolo elevato

aumenta il rischio di cancro, afferma il principal investigator dello studio, aprendo nuove prospettive di studio per affrontare il problema

Un po' come in una reazione a catena, il colesterolo sembra legarsi con una determinata proteina, che a sua volta attiva un percorso biologico posto in relazione con l'insorgenza del cancro. Dunque, oltre a poter causare disturbi cardiovascolari, il colesterolo potrebbe giocare un ruolo nell'attivazione di alcuni tumori. Ad affermarlo, oggi, è un gruppo di ricercatori della University of Illinois at Chicago (UIC), che ha pubblicato lo studio su *Nature Communications* (Reng Shen et al., 'Cholesterol selectively activates canonical Wnt signalling over non-canonical Wnt signalling', *Nature Communications* 5, Article number:4393doi:10.1038/ncomms5393)

"La nostra ricerca mostra un nuovoruolo regolatore per il colesterolo, e inoltre presenta un emozionante nuovo bersaglio terapeutico per arrestare la via di segnalazione Wnt e per trattare o prevenire il cancro", ha dichiarato **Wonhwa Cho**, professore di chimica presso l'Università UIC e principal investigator della ricerca.

In pratica, lo studio mette in luce un possibile collegamento del colesterolo e la proteina chiamata Dishevelled, coinvolta nella 'via di segnalazione Wnt', un processo biologico in cui si attivano diverse altre proteine: si pensa che l'iperattività di questa 'via' sia uno dei principali determinanti dello sviluppo del tumore.

La proteina Dishevelled è coinvolta sia nella via di segnalazione Wnt 'canonica' che in quella non canonica, che gioca un ruolo in processi quali il moto o l'organizzazione cellulare.

Un po' come una sorta di interruttore sulla via, dunque, quando il segnale raggiunge Dishevelled, viene diretto lungo la Wnt canonica oppure lungo la Wnt non canonica. Finora, non si conosceva nessun fattore che regola l'attivazione di una via piuttosto che di un'altra, ha affermato il Professor Cho: "quando ci siamo resi conto che il colesterolo era in grado di legarsi specificamente a Dishevelled, ci siamo chiesti quale delle vie di segnalazione potesse essere attivata dal colesterolo".

I ricercatori hanno osservato che una volta che il colesterolo si lega alla proteina, il segnale prosegue lungo la via canonica Wnt, un percorso che promuove la crescita e la divisione cellulare e che viene messo in relazione con lo sviluppo di alcuni tipi di tumore (tra cui melanoma, cancro alla mammella, al polmone e al colon). Senza il colesterolo questo processo non potrebbe avere luogo, affermano i ricercatori.

Inoltre, essi hanno notato che aumenti ben localizzati del colesterolo all'interno della membrana cellulare sembrano promuovere selettivamente la Wnt canonica piuttosto che quella non canonica: un risultato – afferma Cho – che potrebbe spiegare perché il colesterolo elevato aumenta il rischio di tumore

"Sappiamo che cose come le diete ad alto contenuto di grassi, che aumentano i livelli di colesterolo, sono stati collegati ad una elevata incidenza di cancro", ha concluso il professor Cho. "La nostra ricerca fornisce un meccanismo che spieghi in che modo il colesterolo promuove percorsi che conducono al cancro".

La ricerca è stata finanziata dai National Institutes of Health e dal National Research Foundation della Corea.

DOCTORNEWS33

Danni non patrimoniali da malpractice, sentenza riapre ferita delle disparità nel risarcimento

Davanti alla quantificazione del danno in Italia si usano criteri diversi. Lo dimostra la sentenza 15909 della Corte di Cassazione depositata il 15 luglio, che pone fine a una vicenda partita in Veneto quasi 20 anni fa. Siamo nel '96, un bambino non respira più, in ospedale lo curano per epiglottite la vera patologia è riconosciuta troppo tardi per salvarlo, l'ospedale è chiamato a risarcire la morte, ma i genitori si appellano e chiedono anche il "lucro cessante", perché il figlio sarebbe cresciuto e, lavorando, sarebbe diventato un riferimento economico. A Venezia, la Corte d'Appello non riconosce la richiesta e oggi la Cassazione conferma la fondatezza del "no" dei giudici di secondo grado. I genitori obiettavano tra l'altro che per risarcirli il tribunale di Venezia avesse utilizzato tabelle diverse da quelle del Tribunale di Milano, queste ultime riconosciute dalla Cassazione come parametro nazionale per quantificare il risarcimento del danno non patrimoniale. La Suprema Corte però ha eccepito che il problema delle tabelle diverse non era stato sollevato dall'avvocato della famiglia nei gradi precedenti di giudizio. Ricordiamo che negli infortuni sul lavoro, sulla strada e in acqua la legge italiana (articoli 138-139 dlgs 209/2005) quantifica il danno non patrimoniale fino al 9%, mentre dal 10 al 100% l'entità dei risarcimenti che possono essere stabiliti dai tribunali cresce in base a coefficienti diversi; alcuni tribunali poi includono il danno morale, altri lo escludono. Ci sono cinque diversi "criteri": Milano, adottato da un centinaio di altre sedi, Roma, Firenze, Venezia e Genova. Il criterio milanese dal 2009 riconosce in un "unicum" danno biologico e morale. In questo, le tabelle di Venezia non differiscono molto. La famiglia del bambino ha appunto chiesto di utilizzare un più vantaggioso, e diffuso, criterio risarcitorio mettendo di fatto il dito su una piaga: le differenze tra una scuola di pensiero e l'altro stanno creando discriminazioni tra un italiano e l'altro. La stessa Cassazione con sentenza 12408/2011 aveva adottato le tabelle milanesi come risarcitorie asserendo che senza un riferimento nazionale condiviso si avallavano lesioni dei diritti della persona, ma lo stesso giorno la stessa III Sezione con sentenza 12273 lasciava liberi i giudici di I e II grado di applicare le altre tabelle: una contraddizione? No, il concetto è che non si può accogliere il ricorso di un "risarcito" sulla sola base dell'uso di questo o quel criterio. «La disparità delle "tabelle" utilizzate dai vari tribunali per risarcire il danno non patrimoniale è una piaga sulla quale la nostra associazione ormai da anni pungola il legislatore affinché adotti un criterio condiviso», conferma **Luisa Regimenti** presidente della Sindacato italiano specialisti in Medicina legale e delle Assicurazioni (Simsa). «Purtroppo fin qui nessuno si è mosso, non ci sono stati tavoli. Anche Simsa ritiene che le tabelle milanesi siano corrette o comunque siano il punto da cui partire, ma bene sarebbe arrivare a un'interpretazione comune, perché l'alternativa al mettere tutti d'accordo è l'attuale situazione. Specie nel danno da lutto, le disparità risarcitorie sono lesive delle persone danneggiate da criteri più svantaggiosi e aggiungono l'offesa all'irreparabile».

L'oncologo: tumori e trapiantati gestibili da Mmg

Medici convenzionati assenti dall'ospedale e ospedalieri supponenti: il dialogo tra le due

categorie però è urgente. «Il medico di famiglia, con opportuni incentivi, può gestire sul territorio situazioni come il follow up del paziente oncologico post intervento o in chemioterapia, le cardiopatie, i pazienti trapiantati e può co-progettare regole per una corretta gestione dei ricoveri ospedalieri; ma occorre che medici di famiglia e dipendenti Ssn si parlino per progettare loro i percorsi». **Alberto Scanni**, oncologo e già manager di aziende sanitarie, nonché consigliere dell'Ordine di Milano, ha rilevato l'assenza di dialogo tra mmg e ospedalieri nel suo blog al sito www.fondazioneveronesi.it. «Esiste un'atavica presunzione degli operatori ospedalieri di essere depositari in assoluto della verità diagnostica e terapeutica di chi si affida alle loro cure», scrive. «Per contro chi opera nel territorio, ritiene di non essere sufficientemente coinvolto ma basterebbero protocolli comuni e soprattutto fiducia reciproca per semplificare (le cose) senza aprioristici arroccamenti sindacali(...) Il problema non è tecnico, è di mentalità». «Creare regole d'ingaggio condivise si può –puntualizza Scanni a DoctorNews - a patto che mmg e ospedalieri si vedano periodicamente, nell'ambito di accordi con istituzioni locali». Scanni auspica tali accordi in Lombardia, non tanto nell'ambito dei chronic diagnosis groups: «Il Creg è essenzialmente un percorso di gestione domiciliare di alcune cronicità tra cui le cardiopatie; qui si parla invece a monte di individuare le strade per favorire percorsi condivisi ospedale-territorio su più patologie aggregando più categorie mediche. L'arrivo delle case della salute è un'opportunità». Il riferimento di Scanni non è solo ad accordi con Asl; il Comune di Milano punta ad almeno due test ospedale-territorio, come riferisce **Giuseppe Landonio** consigliere dell'Assessore alle politiche sociali Alberto Majorino: «E' avanzata la possibilità di sperimentare un embrione di casa medica nel cuore di Milano trapiantando una cooperativa di mmg in un ex poliambulatorio degli Istituti clinici di perfezionamento; il Comune pensa poi di trasferire la più grossa aggregazione medica, 7 mmg e un pediatra, in una ex Rsa comunale in zona Corvetto mettendo a disposizione pure 10 letti per pazienti in fase pre ricovero o dimessi, per creare una sorta di ospedale di comunità a tariffe inferiori a quelle di ospedali e Rsa. I degenti sarebbero gestiti dal medico di fiducia. Via via potrebbero inserirsi strutture sociali e sociosanitarie creando una casa della salute vera. Tempi auspicati, da 6 a 8 mesi».

SOLE24ORE/SANITA'

Patto per la salute: giudizi, critiche e ultimatum dei sindacati medici. Parlano Iscaro (Anaa), Cassi (Cimo), Cozza (Cgil), Calì (Smi)

L'Anaa boccia il Patto senza appello: «Viste le premesse il risultato non poteva che essere insufficiente. Il Patto per la salute vive di buoni propositi e nasconde compromessi».

La Cimo è soddisfatta dell'approvazione, si accontenta degli standard ospedalieri che almeno "bloccano" il fai-da-te regionale, ma sul personale non transige: «Senza il reale coinvolgimento dei medici che sono la figura centrale del sistema non sarà possibile alcuna riforma».

La Cgil medici giudica positiva l'approvazione del Patto perché dopo tagli e sottofinanziamenti fa vedere uno spiraglio di luce, ma lo giudica «non sufficiente ad affrontare i principali nodi da sciogliere per ristabilire in tutto il Paese la tutela della salute».

Lo Smi lo definisce frutto di uno «stanco rito di un regionalismo agonizzante, incapace di una visione unitaria delle attuali problematiche del Ssn e della tutela della salute» e che

«certifica ancora una volta come l'Italia sia lontana da un maturo federalismo e prossimo alle bieche logiche di un condominio.

Giudizi senza appello quelli dei sindacati medici, che anche nella migliore delle ipotesi - pur ammettendo (alcuni) che il Patto ci voleva e che dal punto di vista del Ssn è un modo per rialzare la testa dopo anni di buio a suon di tagli da parte dell'Economia - rinviano qualunque entusiasmo al momento in cui "l'incompiuta" del personale sarà delineata. Entusiasmo solo se in quel momento, al tavolo delle decisioni, ci saranno anche loro.

«Il Patto per la salute vive di buoni propositi e nasconde compromessi»

di Domenico Iscaro, presidente Nazionale Anaao Assomed

«Manca il "passo" del nuovo stato giuridico dei medici»

di Riccardo Cassi, presidente Nazionale Cimo

«Senza dialogo non c'è vera innovazione»

di Massimo Cozza, segretario nazionale Fp Cgil medici

Basta a un federalismo (e a patti) "da condominio"

di Salvo Calì, segretario generale Smi, sindacato medici italiani

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584