

giovedì 4 aprile 2002

Italia

rUnità 11

Niente più obbligo di scelta tra privato e pubblico. Il dipendente ospedaliero manterrà anche l'indennità Medici, torna il Far west Liberi di visitare in clinica

Sirchia cancella la riforma Bindi. Regioni in rivolta: decideremo noi

Massimo Solani

ROMA Ripartire indiettro le lancette del tempo e riproporre una riforma della professione medica che ricorda da vicino quella del ministro Francesco De Lorenzo, datata primi anni '90. E' questa l'intenzione del ministro della Salute Girolamo Sirchia che ha presentato ieri ai rappresentanti delle Regioni e ai sindacati di categoria una riforma che, con un inspiegabile salto nel passato, reintroduce la distinzione fra tempo pieno e tempo definito (che secondo la riforma Bindi sarebbe dovuta scomparire entro l'anno) e soprattutto cancella il rapporto di esclusività introdotto dalla precedente normativa. Sirchia, in sostanza, permetterà ai medici dipendenti delle aziende ospedaliere pubbliche di svolgere anche attività "extra-moenia", prestando i propri servizi anche nelle strutture private o negli studi personali al di fuori degli ospedali. Un regalo alla sanità privata in definitiva, che il ministro Sirchia tenta però maldestramente di nascondere dietro alla necessità di abbattere le lungaggini delle liste d'attesa. Quale sia il collegamento fra i due fenomeni, però, solo il ministro lo sa.

Dipendenti pubblici che svestono insomma il camice delle aziende sanitarie e che arrotondano il proprio stipendio lavorando anche nelle strutture private, una volta timbrato il cartellino e finito l'orario a cui il contratto li obbliga. Dipendenti pubblici che potranno liberamente scegliere se prestare servizio a tempo pieno negli ospedali pubblici (38 ore settimanali), o solamente a tempo definito (28 ore), salvo poi alternarsi con il servizio, spesso ben più remunerativo, nelle cliniche private o negli studi specialistici lontano dalle strutture ospedaliere. Il tutto, paradossale dei paradossi, mantenendo magari anche quella "indennità di esclusività" che la riforma Bindi destinava a quei professionisti, la stragrande maggioranza l'85%, che a suo tempo scelsero irrimediabilmente di occuparsi esclusivamente della Aziende Sanitarie pubbliche abbandonando le strutture private. Non dice però il ministro che quella indennità verrà necessariamente ad estinguersi come previsto dal contratto di lavoro nel caso di modifiche normative.

Qualora la riforma venisse approvata, saranno i medici a scegliere se avvalersi di un contratto a tempo pieno o a tempo definito, ferma restando però la possibilità di passare da uno all'altro inquadramento senza nessun problema quando il medico stesso ne facesse richiesta. E ferme restando anche quelle opportunità di carriera, come il diventare primari o dirigenti di struttura, che la riforma Bindi limitava solamente a quei medici che sceglievano un rapporto esclusivo con l'ospedale.

Un provvedimento che ha dell'incredibile, e che spalanca quindi le porte delle direzioni ospedaliere anche a quei medici coinvolti in un palese conflitto di interessi, divisi tra una struttura pubblica ed una privata in cui magari vengono retribuiti molto meglio. Per non parlare poi di quanto potrebbe succedere ai cittadini che, non sarebbe una novità del resto, si potrebbero vedere costretti ad inseguire un medico fra visite negli ambulatori pubblici e le cure, costosissime in genere, nelle strutture private.

Incurante di tutto questo, il ministro Sirchia ha spiegato ieri ai rappresentanti delle regioni e dei sindacati di categoria quelle che nelle sue idee saranno le linee guida per la trasformazione della professione medica. Linee che però al momento hanno trovato una opposizione fortissima tanto da parte degli assessori alla Sanità quanto dai sindacati. «In nome di un miglioramento delle liste d'attesa - ha commentato l'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna Giovanni Bissoni - si propone una controriforma che in realtà avrà il risul-

tato opposto, in quanto non sarà più possibile il controllo delle Regioni e si peggiorerà il governo delle aziende sanitarie. Peraltro - prosegue Bissoni - questa è una pesante ingerenza nelle competenze regionali previste dal nuovo titolo quinto della Costituzione. Il tutto in nome di una promessa elettorale, che tra l'altro è un pessimo regalo ai medici. Perché questa modifica normativa comporterà inevitabilmente, come dice il contratto, la disdetta di una importante conquista contrattuale ovvero l'indennità di esclusività».

Al le proposte del ministro non hanno risparmiato strali nemmeno i sindacati di categoria. «Oggi - ha spiegate Roberto Polillo segretario nazionale della Fp-Cgil Medici - il processo di aziendalizzazione si interrompe e si ritorna al principio per cui ogni medico può fare quello che vuole senza regole e limitazioni. E' una presa in giro per i pazienti e si tenta di risolvere il problema delle liste d'attesa passando direttamente alla clinica privata dove il primario può liberamente esercitare la sua attività. Questa - ha concluso Polillo - è una pagina nera per la categoria, perché la espone anche a perdere l'indennità di esclusività del rapporto che le Regioni non hanno alcuna intenzione a pagare, al contrario di quanto sostenga il ministro».

«Fanno una politica di destra, ma io continuerò a svolgere attività intramoenia». Il professor Vincenzo Ceci, primario cardiologo dell'Ospedale Santo Spirito, commenta la riforma della professione medica presentata ieri dal ministro Girolamo Sirchia. Lui ha scelto di lavorare da privato all'interno dell'ospedale, e ci tiene a precisare che, cambi quel che cambi, lui continuerà a farlo.

l'intervista

Vincenzo Ceci

primario cardiologo

Il professore aveva trasferito il suo studio nell'ospedale Santo Spirito di Roma: «Quella legge era rivoluzionaria»

«Vogliono rafforzare l'attività privata»

«Per i medici non cambia molto: a parole si vuole ridare dignità alla nostra professione, come è giusto che sia, ma questo recupero è in realtà una operazione fatta solo a parole. Ho l'impressione che si voglia rafforzare la distinzione fra pubblico e privato, e quindi rimandare fuori il medico e perpetrare quel dualismo schizofrenico di cui par-

vamo. Sarebbe necessario ridare dignità ai medici ma non credo che questa la strada necessaria. In questo modo si rischia di dare libertà ai dottori di agire in maniera, come dire, anarchica. Dall'altro lato in questo modo si toglie quel senso di appartenenza, anche come azienda, che il medico che opera all'interno della struttura avrebbe potuto maturare nell'ottica della riforma Bindi».

E per i cittadini invece?
«Io ho visto una grande soddisfazione nei miei pazienti quando sono venuti a farsi visitare nel mio studio all'interno dell'ospedale. Perché in loro c'era una sensazione di maggior protezione e correttezza. Il lavorare facendo attività professionale in ospedale è un fatto positivo per il cittadino. Non dimentichiamo che lavorando in ospedale i medici sono costretti, ad esempio, a fare a la ricevuta. Sono molti invece i medici che lavorando al di fuori della struttura ospedaliera non rila-

sciano alcuna ricevuta. Lavorare fuori dagli ospedali significa avere meno possibilità di essere controllati e quindi anche di "lavorare in nero"».

Secondo lei perché il ministro Sirchia ha deciso di tornare in questo modo al passato, forse una qualche pressione proveniente dal suo mondo?
«Questo è sostanzialmente un governo di destra e fa come è naturale: l'attività privata può presumere per esempio assicurazioni e quanto ne consegue. Se vogliamo essere maliziosi possiamo pensare che in realtà sotto ci sia la voglia di favorire qualche "lobbie", ma purtroppo non ne abbiamo prove».

«Non c'è cittadino - ha detto - che possa tollerare che i medici pagati dal SSN tornino a fare attività privata fuori dall'ospedale e senza vincoli e senza regole. Si dimentica che la stragrande maggioranza dei medici che si dedica con passione e abnegazione ai propri malati ha voluto l'esclusività e non è disponibile a farne a meno».

«Questo è sostanzialmente un governo di destra e fa come è naturale: l'attività privata può presumere per esempio assicurazioni e quanto ne consegue. Se vogliamo essere maliziosi possiamo pensare che in realtà sotto ci sia la voglia di favorire qualche "lobbie", ma purtroppo non ne abbiamo prove».

Padova Tra qualche anno i danni provocati da infarti e insufficienze cardiache si potranno rattappare anche con le cellule staminali. E' questo l'obiettivo di un super autotrapianto di staminali eseguito a Padova sette giorni fa, ma di cui è stata data notizia solo ieri. Ma secondo alcuni esperti è ancora presto per cantare vittoria: si tratta di interventi di cui è difficile valutare la reale efficacia.

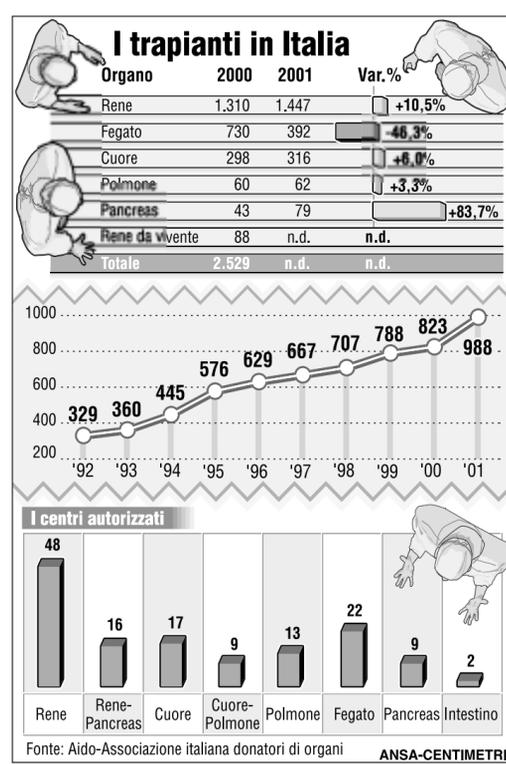
L'intervento è stato portato a termine da un'équipe dell'Istituto di cardiocirurgia dell'Azienda ospedaliera di Padova guidata dal professor Gino Gerosa, con il quale ha collaborato l'oncoematologo Luigi Zanesco. Sotto i ferri per quattro ore è finito un padovano di 70 anni, che era già stato colpito da due infarti e che doveva essere operato perché aveva due trombi nell'atrio ventricolare destro. L'intervento è stato diviso in tre fasi. Nella prima, sono state prelevate delle cellule staminali dalla cresta iliaca (un osso dell'anca) del paziente. Poi, sono state sottoposte ad una serie di procedure di selezione in laboratorio, cosa che ha permesso di isolare circa 600 milioni di staminali monocleate. Queste ultime sono quelle che hanno la capacità di differenziarsi successivamente nelle cellule cardiache. Infine, le staminali sono state inserite in alcune microsrin-

ghe che sono servite per effettuare il trapianto, eseguito attraverso 30 iniezioni. «L'intervento è stato fatto a cuore aperto e in circolazione extracorporea - ha spiegato Gerosa - perché era necessario eliminare i due trombi. Comunque in questo modo abbiamo avuto la certezza che le siringhe abbiano effettivamente inserito le cellule nel cuore del paziente».

Per i risultati bisognerà comunque attendere un po' di tempo. Tra sei mesi, infatti, sono previsti una serie di esami (pet, ecografia e scintigrafia) che dovranno stabilire se effettivamente le staminali sono riuscite a differenziarsi nelle cellule del muscolo cardiaco e a rattappare i guasti provocati dai precedenti infarti. Per il momento comunque, il paziente è in ottime condizioni e sta per essere dimesso. Il professor Gerosa, ha sottolineato che è stata chiesta e ottenuta l'approvazione del comitato etico e ha rilevato poi che «questo tipo di intervento apre delle prospettive interessanti nell'applicazione medica per le insufficienze cardiache post-ischemiche». Altri due pazienti sono attualmente in attesa di essere sottoposti a trapianto nelle prossime settimane presso l'Istituto di cardiocirurgia diretto dal professor Dino Casarotto nell'ambito di un progetto di ricerca clinica dell'Università di Padova.

Ma non tutte le voci sono a favore. Giulio Cossu, direttore dell'Istituto di ricerca sulle cellule staminali

dell'Istituto San Raffaele di Milano, ritiene che forse si stia correndo un po' troppo. «Sicuramente si tratta di un campo nuovo e innovativo e potrebbe aprire la strada a un nuovo metodo di cura, ma preferirei che si procedesse con più cautela. Basta che un intervento finisca male e si corre il rischio che l'intera ricerca sulle staminali venga bloccata perché ritenuta a torto pericolosa», afferma l'esperto. «Il problema principale - riprende Cossu - è che si conosce poco della biologia delle cellule staminali e, quindi, è impossibile sapere in realtà come si comporteranno nell'organismo umano. Tanto più che è anche molto difficile sapere se poi l'intervento ha avuto successo». E in effetti di trapianti di questo tipo ce ne sono ben pochi. Nell'agosto scorso, i ricercatori dell'ospedale di Dusseldorf annunciarono un intervento simile su un paziente di 46 anni colpito da infarto. Qualche mese dopo, a ottobre, vennero effettuati altri due interventi nell'ospedale di Mirano in provincia di Venezia su due pazienti colpiti da ischemia miocardica. «Mi sembra che si stia procedendo con troppa fretta nella sperimentazione clinica sull'uomo - conclude Cossu -. Del resto uno dei primi studi che dimostra la possibilità di effettuare riparazioni di questo tipo, almeno sui topi, risale a solo un anno fa, quando l'italiano Piero Anversa pubblicò su Nature una sua ricerca sull'argomento».



Diecimila italiani in attesa di un organo ma le donazioni sono in aumento

ROMA Con 18,8 donatori per milione di abitanti nei primi mesi del 2002, l'Italia strappa il quinto posto in Europa. Ancora lontana dalla generosissima Spagna (33,6 per mln), ma ormai ben al di sopra della media del vecchio continente. Un successo impensabile 10 anni fa, quando i donatori effettivi erano 329. Sono invece più di 1.000 nel 2002, se le previsioni del Centro nazionale trapianti saranno confermate a fine anno. Questi i dati diffusi per la presentazione delle Giornate nazionali donazioni e trapianti, in programma dal 7 al 14 aprile. Sulle 25 mila manifestazioni di volontà arrivate finora, 3 italiani su 4 donerebbero i propri organi dopo la morte. Nel 2001, in Italia, i donatori (17,1 per mln) sono cresciuti del 12,3% rispetto al 2000. E continuano ad aumentare. «Speriamo di arrivare a fine anno - sottolinea soddisfatto Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti - con gli stessi, positivi dati registrati fino a marzo 2002». In cima alla classifica c'è la Provincia di Bolzano, con 53 donatori per mln, più del doppio rispetto al 2001, seguita da Toscana (37,5), Liguria (36,5), Lombardia e Veneto (26). Bene anche

Abruzzo e Molise, passati da 13,1 donatori per mln nel 2001 a 24,5, in linea con le Regioni del Nord. In Sicilia le donazioni sono aumentate del 371%, da 2,8 per mln nel 2000 agli attuali 7,8, più che nel resto d'Italia. Fanalino di coda ancora Campania (6 donatori per mln) e Calabria (4,8). In crescita, parallelamente, anche il numero dei trapianti. Nel 2001 ne sono stati eseguiti 1.447 di rene, 792 di fegato (il 50% in più negli ultimi 4 anni), 316 di cuore, 79 di pancreas, 62 di polmone e 5 di intestino. Sono però diecimila gli italiani in lista d'attesa per un trapianto. Più di 7 mila hanno bisogno di un rene, erano 6.99 lo scorso anno. Sono 1.362 ad aspettare un fegato, quasi 800 un cuore nuovo e 242 un polmone. E ogni giorno, uno di loro perde la vita perché questi organi, in grado di salvarli, non arrivano. «I pazienti in lista per un trapianto - ammette Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti - sono lievemente aumentati rispetto al 2001. In media, aspettano 2 anni e 8 mesi. Le metà, però, è in lista da meno di un anno e 8 mesi e questo dovrebbe essere il tempo da non superare».