

Muore dopo il parto cesareo

Una 30enne tarantina deceduta al Policlinico. La procura al lavoro

Il calvario della donna attraverso quattro reparti. La famiglia chiede sia fatta giustizia

GIOVANNI DI MEO

TARANTO — Un autentico calvario, cominciato il 2 ottobre scorso, dopo il parto cesareo con il quale aveva portato a termine la sua terza gravidanza, e concluso nel modo più tragico, con la morte in un letto del Policlinico di Bari. In mezzo, tre operazioni all'addome, e un tristissimo via vai nelle corsie degli ospedali di Taranto e del capoluogo regionale. Adesso, è la procura della Repubblica di Bari ad indagare sulla drammatica vicenda che ha visto come vittima una donna tarantina di trent'anni, passata da quattro reparti dell'ospedale Santissima Annunziata di Taranto, prima di morire a Bari.

La donna è transitata dai reparti di ostetricia, rianimazione, chirurgia e medicina. In ostetricia ha dato alla luce una bambina. Una nascita attesa, dopo che la giovane mamma aveva dato alla luce due figli maschi, giunta però dopo un travaglio difficile, concluso con la decisione di un taglio cesareo. Quindi, passati i cinque giorni di degenza, la mamma è stata dimessa. Una volta arrivata a casa, però, ha cominciato ad avvertire dolori sempre più forti: da qui un nuovo ricovero, d'urgenza, e l'intervento chirurgico per una presunta occlusione intestinale. Dopo l'operazione, la vittima di quello che per i familiari è un nuovo, vero caso di malasanità è stata condotta in rianimazione. La gravità delle sue condizioni ha

convinto i medici ad effettuare un secondo intervento all'addome, al quale è seguito un secondo ricovero in rianimazione. I segnali di un miglioramento delle sue condizioni hanno fatto decidere per il ricovero nel reparto di medicina.

Al tenue rinascere della speranza è però seguita la disperazione, con un riaggravarsi delle condizioni. Per questo è stato disposto il trasferimento all'ospedale universitario del capoluogo, dove è stata effettuata un'altra operazione. La terza, in pochi giorni. Ma è stata inutile. Sconvolti per quanto avvenuto, ma decisi ad avere giustizia, i familiari della sfortunata donna hanno sporto denuncia. Scontata l'autopsia sul cadavere, rimasto nella divisione legale del nosocomio barese, ed altrettanto certa la notifica di una serie di avvisi di garanzia per gli indagati, che potranno in questa maniera nominare un consulente di parte. Sul registro degli indagati sono destinati a finire i componenti del personale sanitario che ha avuto in cura la donna dal momento del suo ricovero sino alla morte. L'esame necroscopico dovrebbe tenersi già nella giornata di oggi. Il reato ipotizzato dai magistrati della procura di Bari è quello di omicidio colposo. Resta il dolore, inconsolabile della famiglia della donna. Quello del marito che con lei aveva diviso la gioia di diventare genitore, e dei figli più grandi, che non potranno più riabbracciare la mamma. Mentre una piccolina appena nata dovrà sapere perché non potrà più rivedere la donna che l'ha messa al mondo, e con la quale ha incrociato gli occhi solo per troppo poco tempo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bimba nata morta ginecologo rinviato a giudizio

*Secondo l'accusa
avrebbe
sottovalutato
il monitoraggio*

A causa di un'errata valutazione degli esami medici avrebbe provocato il decesso di una nascita. Per questo Giovanni Larciprete, il ginecologo di turno il 30 giugno 2010 all'ospedale San Giovanni Calabita Fatenefratelli è stato rinviato a giudizio per omicidio colposo dal gup Marco Mancinetti in accoglimento di una richiesta del pm Attilio Pisani. L'inchiesta della procura scattò a seguito della denuncia presentata dalla madre, assistita dall'avvocato Antonio Quaranta. Il processo inizierà il 6 febbraio davanti al giudice monocratico Emanuela Attura.

Secondo l'accusa il ginecologo avrebbe causato il decesso della piccola, «avvenuto a seguito di ipossia fetale, per colpa consistita - si legge nel capo d'imputazione - in imprudenza e in particolare perché ometteva di rilevare e di considerare quanto derivava da una corretta interpretazione del monitoraggio Ctg (cardiotocografia, ndr.) in corso che aveva evidenziato diverse decelerazioni del battito cardiaco fetale, segno di una sofferenza in atto, decidendo di proseguire il travaglio nonostante tali segni di sofferenza fetale».

Una perizia disposta dalla Procura della Repubblica confermò l'accusa, sottolineando tra l'altro che «a fronte delle rilevate e rilevabili condizioni di ipossia fetale che si erano determinate e che furono la causa della morte non ci fu un adeguato intervento da parte del medico di guardia». Secondo gli inquirenti, la gestante, medico di professione, al termine della gravidanza, la mattina del 30 giugno 2010 si presentò al Fatebenefratelli. Dal monitoraggio cardiotocografico risultavano le buone condizioni del feto. Passate alcune ore, iniziarono le contrazioni. Poco dopo la mezzanotte venne chiamato il ginecologo di turno, Giovanni Larciprete, che rifiutò l'ipotesi del parto cesareo e così si procedette all'espulsione forzata del feto. Alle tre di notte circa la piccola venne al mondo, pallida e senza segni vitali. Furono tentate le operazioni di rianimazione ma la piccola fu dichiarata morta poco dopo.



Errori sanitari: aumentano le richieste di risarcimento

Secondo gli ultimi dati dell'Ania, l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici, l'ammontare delle denunce e le relative aperture delle pratiche di risarcimento derivanti da sinistri nell'area medica e' passato da 9.567 del 1994 ai 34.035 del 2009

Nel nostro Paese, in media, ogni settimana si contano 4 casi di presunta malasanità che finiscono sotto la lente d'ingrandimento della Commissione errori. In pratica uno ogni due giorni. E non sono tutti i casi, ma solo quelli di cui si occupa la Commissione parlamentare

Italiani 'assetati' di giustizia, soprattutto quando in ballo c'è la salute, propria o dei propri cari. Sono sempre di più i pazienti, convinti di essere vittime di presunti errori sanitari, che si rivolgono a studi specializzati in risarcimenti da danno medico, chiedendo di far valere le proprie ragioni. Una delle società più in vista che offrono questo tipo di servizio è Obiettivo Risarcimento, che traccia un quadro del fenomeno, non ancora ai livelli degli Usa, ma in crescita anche in Italia: "Negli ultimi due anni circa 10 mila persone si sono rivolte a noi. Nel 2011 abbiamo registrato un'impennata del 40%. Riceviamo ogni giorno più di 250 richieste di consulenza telefonica e via mail", spiega Roberto Simioni, titolare insieme al fratello Paolo della società.

Numeri impressionanti, se si tiene conto che si riferiscono soltanto a uno dei tanti studi presenti sul mercato. Un numero però difficile da quantificare in totale, visto che la maggior parte delle società interpellate mostra una certa 'resistenza' a fornire informazioni. C'è inoltre da considerare che la gran parte non si occupa solo di sanità, anche se esperti del settore - che vogliono però rimanere nell'anonimato - fanno capire che la fetta più golosa del business sono proprio le cause che riguardano gli errori medici e sanitari. Difficile stabilire anche il giro d'affari: "Non conosciamo quale sia il flusso finanziario relativo a tutte le transazioni compiute in Italia annualmente", affermano da Obiettivo Risarcimento.

Ma si parla di milioni di euro. Una torta talmente ghiotta da spingere queste organizzazioni a vaste campagne pubblicitarie. Una di queste - realizzata proprio da Obiettivo Risarcimento - ha fatto molto discutere. Fino a qualche settimana fa andava infatti in onda uno spot tv (Alziamo la voce) su Rai, Mediaset e La7 che ha sollevato un polverone. In sostanza lo spot lanciava questo messaggio: "Se hai subito un danno da malasanità non sarai lasciato solo. Ci pensa Obiettivo Risarcimento". La pubblicità non è piaciuta ai camici bianchi. Il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), Amedeo Bianco, ha scritto una lettera al presidente e al direttore generale della Rai, Paolo Garimberti e Lorenza Lei, invitandoli a una riflessione sul fenomeno delle organizzazioni medico-legali che incitano - attraverso spot tv - chi si sente vittima di un errore medico sanitario a rivolgersi a loro e fare denuncia. La Fnomceo ha inoltre attivato i propri uffici legali per vedere se questi spot possono configurarsi come pubblicità ingannevole.

Ma l'altola della Fnomceo non sembra aver spaventato troppo Obiettivo Risarcimento. "La messa in onda dello spot - afferma Simioni - era stata pianificata per il periodo estivo con chiusura a settembre. Ma, visto che il risultato di raccolta è stato ottimale, verra'

senza dubbio confermata e ripianificata".

La maggior parte delle richieste che arrivano a Obiettivo Risarcimento provengono da persone over 60 (50%). Gli over 35 rappresentano il 30% e gli 'under 35' il 20%. Questi dati riguardano gli ultimi 3 anni. "Dobbiamo inoltre evidenziare - prosegue Simioni - che gli under 35 si rivolgono a noi soprattutto per segnalare danni neonatali. Quest'ultimo dato è in forte crescita negli ultimi anni, al punto che quasi la metà di quel 20% è rappresentato da lesioni di tipo neonatale".

Le patologie di danno più frequenti risultano infezioni ospedaliere, mancate diagnosi infartuali, mancate diagnosi tumorali (con maggiore incidenza in ambito senologico), approcci chirurgici errati con maggior incidenza in campo ortopedico e neurochirurgia. Richieste notevoli anche in ambito dentistico e oculistico. In coda le lesioni relative a interventi di chirurgia estetica, tendenzialmente in crescita negli ultimi anni. E ancora, "ci giungono costantemente segnalazioni relative a danni da virus epatite C in seguito a trasfusioni", spiegano da Obiettivo Risarcimento.

Le azioni giudiziarie di tipo civile promosse da Obiettivo Risarcimento si concludono "con esito favorevole - e quindi risarcimento per l'assistito - per il 98% dei casi. Il risultato maggiore - spiega Simioni - è rappresentato da quelle vertenze che non approdano nelle aule dei Tribunali, ma che si estinguono in via stragiudiziale (oltre il 70% in termini assoluti)".

Va da sé che tante richieste di soccorso legale corrispondono a tante denunce ai danni dei medici e delle strutture sanitarie. Basti pensare che il totale dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è infatti cresciuto dal 1994 del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. Un vero e proprio boom di denunce, tanto che l'Amami, l'Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente, stima ad esempio che oltre l'80% dei chirurghi abbia ricevuto o riceverà almeno una richiesta di risarcimento o un avviso di garanzia per presunta malpractice durante la sua carriera.

Secondo gli ultimi dati dell'Ania, l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici, l'ammontare delle denunce e le relative aperture delle pratiche di risarcimento derivanti da sinistri nell'area medica e' passato da 9.567 del 1994 ai 34.035 del 2009. Una crescita esponenziale accompagnata dal parallelo aumento dei premi assicurativi pagati da Asl e medici, passati, nello stesso periodo, dai 35 milioni e 406 mila euro del '94 ai 485 milioni del 2009. A finire nel mirino dei pazienti sono ortopedici, radiologi, ma soprattutto chirurghi e ginecologi, non a caso le due categorie che spendono di più per assicurarsi, arrivando a pagare fino a 7-8 mila euro l'anno.

Le tante denunce sono però figlie anche di numerosi casi di presunta malasanità che finiscono sotto i riflettori. Nel nostro Paese, in media, ogni settimana si contano 4 casi di presunta malasanità che finiscono sotto la lente d'ingrandimento della Commissione errori. In pratica uno ogni due giorni. E non sono tutti i casi, ma solo quelli di cui si occupa la Commissione parlamentare: 409 in poco meno di due anni.

Episodi di presunta malasanità, che in 276 casi hanno fatto registrare la morte del paziente, o per errore diretto del personale medico e sanitario o per disservizi e carenze strutturali. Ben 276 vittime, di cui 126 - praticamente il 45% - concentrate in due sole regioni: Calabria (70) e Sicilia (56).

E i cittadini prendono d'assalto le linee telefoniche delle società medico-legali. "La malasanità" - spiega Simioni - è un danno per tutta la comunità e andrebbe combattuta assieme. Il nostro successo è dovuto semplicemente al fatto che siamo riusciti a colmare un vuoto creando una struttura flessibile e ricca di professionalità e che per la prima volta concretamente riesce a dare risposta a una domanda che anche se intensa e numericamente importante non rappresenta ancora un'emergenza".

Uno dei primi passi per garantire maggiore sicurezza ai pazienti e al contempo un risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale, potrebbe essere l'introduzione del farmacista di reparto, una figura professionale che, affiancando il medico in corsia, porta significativi vantaggi sia ai pazienti, sia al Ssn. E questo grazie a un uso più efficiente delle risorse. I dati emergono dal progetto pilota avviato nel marzo 2010 e terminato nel giugno di quest'anno dal ministero della Salute, che ne ha affidato la conduzione alla Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle aziende sanitarie).

La sperimentazione condotta in 5 ospedali (Torino, Padova, Ancona, Bari, Taormina) ha evidenziato una riduzione nella necessità di scorte di farmaci in reparto fino all'88% grazie all'uso razionale dei medicinali. Il progetto ha portato alla stesura di un manuale teorico-pratico (Il farmacista di dipartimento quale strumento per la prevenzione degli errori in terapia e l'implementazione delle politiche di Governo clinico in ambito oncologico), presentato oggi al dicastero della Salute.

"L'obiettivo - spiega Laura Fabrizio, presidente Sifo - è stato quello di produrre un modello di riferimento per avviare l'introduzione del farmacista di dipartimento in tutte le aziende sanitarie italiane. Si tratta di un'innovazione assoluta nel campo della salute, che contribuisce significativamente alla sicurezza dei pazienti. In particolare può concorrere a prevenire gli errori in terapia e a minimizzarne gli esiti, intervenendo in ognuna delle fasi che caratterizzano il percorso del farmaco in ospedale: prescrizione, preparazione, trascrizione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio. La presenza di un farmacista, anche durante le visite in reparto, infatti, riduce drasticamente gli eventi avversi con un notevole risparmio sui costi sanitari e una diminuzione della durata delle degenze".

Nel progetto ministeriale sono stati coinvolti in particolare i dipartimenti di [Oncologia](#) ed Ematologia, in cui vengono utilizzati trattamenti ad alto costo, che richiedono monitoraggio intensivo. Questi farmaci devono essere monitorati secondo procedure rigorose, possono presentare reazioni avverse anche di notevole entità e sono sottoposti a rigide norme di sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori.

"L'introduzione della figura del farmacista all'interno del dipartimento oncologico - sottolinea [Marco Venturini](#), presidente eletto dell'[Associazione italiana di oncologia medica \(Aiom\)](#) - è di primaria importanza. Lavora in corsia a stretto contatto con il medico e permette una gestione più oculata del farmaco, abbattendo del

30% le possibilità di errori, come gli scambi delle medicine tra un paziente e l'altro. Dati sorprendenti ma reali, che si basano su risultati già registrati in alcuni ospedali italiani". Nei centri coinvolti nella fase sperimentale del Progetto sono state effettuate anche indagini per valutare il grado di soddisfazione dei pazienti e degli operatori sanitari (medici e infermieri).

Ebbene, il 58% dei pazienti ritiene che il farmacista di reparto svolga un ruolo importante nella spiegazione della terapia (in particolare fornendo informazioni su come proseguire la terapia al domicilio e sugli effetti collaterali). Per il 91% dei medici e il 90% degli infermieri la nuova figura è di supporto al paziente. Tutti i camici bianchi hanno giudicato positivamente la sperimentazione: il 70,6% per la possibilità di confronto e il 20,4% per l'alleggerimento del carico di lavoro. In [Oncologia](#), ma anche nelle altre branche mediche, l'appropriatezza nella scelta del farmaco per ogni paziente sta assumendo un ruolo sempre maggiore: trattamenti mirati, dosaggi targettizzati, monitoraggio del rapporto costo-efficacia sono tematiche sempre più all'ordine del giorno e che per alcuni medicinali molto costosi e innovativi, come quelli oncologici, assumono un'importanza fondamentale anche per la sostenibilità da parte del Ssn.

"L'obiettivo comune - continua Venturini - è il superamento dell'apparente contrapposizione fra oncologo che deve curare, prescrivere e somministrare i farmaci ed il farmacista che deve, invece, risparmiare. Una contrapposizione semplicistica e falsa che oggi si è trasformata invece in una vera propria collaborazione, in cui l'oncologo decide quali sono i farmaci più appropriati e ne discute, a seconda dei casi, con il farmacista, coinvolto a pieno titolo nel percorso terapeutico". Gli enti esterni che hanno collaborato al programma ministeriale, oltre all'[Aiom](#), sono la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani (Fofi), la European Association of Hospital Pharmacists (Eahp), l'Istituto clinico Humanitas di Rozzano (Mi), l'Ircs Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (Fg) e il Centro elaborazione dati dell'Università Bocconi di Milano.

"Il farmacista di reparto - dice Laura Fabrizio - è una realtà quotidiana in molti Paesi europei, negli Stati Uniti, in Canada, Australia e Nuova Zelanda. Le funzioni non sono le stesse in tutti i Paesi ma sono adeguate ai Sistemi sanitari nazionali. Generalmente in Europa e negli Usa i farmacisti si occupano delle interazioni tra farmaci e del corretto schema posologico. Da un punto di vista internazionale l'orientamento è chiaro: il farmacista di reparto deve avere un ruolo importante in ospedale e i modelli già esistenti possono funzionare anche nel nostro Paese".

I risultati della sperimentazione "hanno dimostrato il cambiamento tra 'il prima' e 'il dopo' la sua introduzione: incremento del numero di pazienti iscritti nel Registro Aifa dei farmaci oncologici, con un conseguente accesso più facile alle terapie anti-tumorali; maggiore attenzione all'utilizzo dei medicinali fuori dall'indicazione per cui sono registrati; riduzione del valore in euro delle scorte di farmaci nell'armadio di reparto; diminuzione delle ri-ospedalizzazioni per reazioni avverse da medicinali; attività di vigilanza e prevenzione del rischio clinico; alta qualità percepita da parte degli operatori sanitari e dei pazienti". Le cinque strutture sanitarie coinvolte nella sperimentazione sono state: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino (Le Molinette); l'Istituto Oncologico Veneto Ircs; l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona; l'Istituto Tumori 'Giovanni Paolo II' - Ircs Ospedale Oncologico di Bari e l'Ospedale San Vincenzo di Taormina dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina.

Fonte: Adnkronos Salute



Papà degli artisti Bibi Ballandi, 65 anni: firma il nuovo programma di Fiorello, dal 14 novembre su Rai 1.

«È venerdì 1° luglio 2005, sto andando al concerto di Fiorello a Macerata, sono quasi all'altezza di Loreto, inizio a vedere la basilica. Squilla il cellulare, è l'oncologo Ermanno Leo e mi dice che lunedì mattina devo essere a Milano per operarmi al colon retto, ho un tumore. Mi sembra impossibile, mi metto a piangere. Dico al mio collaboratore Claudio di uscire a Loreto. Entro piangendo dentro la basilica, c'è una statua di Padre Pio, mi accoglie e prego. Il lunedì affronto 14 ore di operazione, avevo sette linfonodi, non sarei arrivato a Natale se non avessi fatto la colonscopia. Mia madre, che oggi non c'è più, aveva insistito. Gli angeli custodi esistono, ha ragione il Papa».

Inizia a parlare senza fermarsi il produttore di spettacoli Bibi Ballandi, bolognese, classe 1946, il più grande in Italia, unico nel suo genere, da cinquant'anni protagonista dello spettacolo dietro le quinte. Basta fare i nomi di Celentano, Fiorello, Gianni Morandi, Panariello, Renato Zero, gli artisti che senza di lui non muovono un passo in tv. Dal 1979 lavora per la Rai, da 9 anni è in esclusiva (contratto che rinnova ogni 3 anni, il prossimo scade l'anno prossimo). Odia le polemiche, non rilascia interviste (l'ultima risale a 6 anni fa), non parla mai di soldi, ha una squadra solida di collaboratori che è una famiglia.

Parla bene di tutti e se qualcuno lo ha tradito si capisce solo dallo sguardo, non dalle parole. Ripete spesso di non avere figli, come fosse tra i più grandi rimpianti della sua vita. Dice che i suoi figli sono gli artisti, Fiorello su tutti, e quando lo chiama Ballandi interrompe qualsiasi cosa stia facendo.

E c'è Lella, la moglie consigliera, che conosce da quando aveva 20 anni e faceva l'estetista. La chiama «stella», come fossero appena fidanzati, parla al plurale quando racconta di sé, si preoccupa dell'organizzazione dei suoi brevi viaggi tra Roma e Bologna. Con lei ha vissuto un

La vita è uno spettacolo, ma che paura il tumore

Ha combattuto contro la malattia e per la prima volta lo racconta. Ha convinto Fiorello a tornare in tv. Vorrebbe fare un programma con Raffaella Carrà. Il patron dei divi si confessa.

DI ANNALIA VENEZIA

«Vittorio Sgarbi poteva colmare il vuoto che si era creato nello spazio di "Annozero". Peccato».



PRODUTTORE E GENTILUOMO | BIBI BALLANDI

passo dopo l'altro la malattia.

Com'è finita?

Dopo 6 anni di malattia ne sono uscito. Dopo 60 chemioterapie, seguito da Antonio Maestri di Bologna, il tumore si è ripresentato nel 2008 al fegato. E lì altro angelo custode, il professor Elio Jovine. Non ho perso la forza, ho sempre lavorato e pregato. Sapevo che il Signore mi avrebbe aiutato. L'ultimo intervento me l'ha fatto il professor Maurizio Boaron e oggi sono fuori pericolo. Tanti muoiono perché dopo il primo intervento non fanno più controlli e la malattia li tradisce. La prevenzione è importante, fare tac, pet, ecografie serve.

Mi perdoni, ma io volevo parlare di tv.

Nella vita ci sono questioni più importanti. Qualche giorno fa mi sono svegliato di notte e ho pensato al mio amico Vasco Rossi. Mi ero ripromesso di chiamarlo e andarlo a trovare il giorno dopo e la coincidenza vuole che alle 8 del mattino mi squilla il telefono: era lui.

E che cosa vi siete detti?

Che per guarire ci vogliono pazienza e costanza. Poi ci vuole la purezza nella mente, nelle azioni e nelle intenzioni. E la modestia. La modestia è lo specchio dell'anima. Tutti gli artisti che lavorano con me hanno stili di vita tranquilli: volare bassi per schivare i sassi, dico sempre. La sofferenza la vivono tutti, c'è chi la tiene nascosta e chi la mostra. Ognuno reagisce a suo modo. «Scapperei lontano se avessi un tumore» mi dice Vasco. Grazie a Dio non ha un tumore.

Come faccio adesso a parlare di tv, spettacoli e lustrini?

Chieda e le sarà risposto.

Che cosa pensa delle polemiche sul programma di Fiorello in Rai? Molti contestano la squadra di autori esterni in tempi di ristrettezze economiche.

Fiorello lavorava in Mediaset 10 anni fa. Giampiero Solari e io lo abbiamo convinto a lavorare con noi, gli abbiamo creato intorno una squadra vincente e si sono visti i risultati. Dopo 4 anni lo abbiamo persuaso a tornare in tv, ma lui lo fa solo con la sua squadra. È come se a Fernando Alonso togliessero la macchina, è come se a Jorge Lorenzo togliessero la Yamaha. **Oggi in Rai sembra più importante il fattore economico del fattore creativo.**

Ma io sono io. Amo talmente quell'azienda lì...

«L'altra mattina mi squilla il telefono: era Vasco. "Scapperei lontano se avessi un tumore" mi ha detto. Ognuno reagisce a suo modo alla malattia»

I manager sono cambiati?

Sono cambiati i tempi. Contenere i costi non è una penalizzazione. Prima c'erano i negozi sotto casa, il salumiere, il panificio, il fruttivendolo. Oggi ci sono i grandi magazzini: stessi soldi, più offerte. Vale lo stesso per la Rai, che prima aveva tre reti e oggi con le stesse finanze deve far lavorare 15 canali.

Com'è il direttore generale Lorenza Lei?

Dal primo giorno che è stata assunta in Rai ha mirato a diventare direttore generale. Meno male che è arrivata, conosce l'azienda da 20 anni. Ha determinazione, pazienza e costanza. Le virtù dei cattolici.

La7 ha davvero saccheggiato la Rai?

È come se in via Monte Napoleone

aprissero nuovi negozi, chiunque può scegliere dove comprare. Lo stesso vale per i conduttori. Piuttosto che criticare, bisogna fare e capire cosa stia succedendo. È una fase, c'è un po' di disorientamento, ma passerà. Tutti i canali generalisti stanno perdendo.

Oggi conta di più il format di un programma o il conduttore?

Format e conduttore insieme. E la squadra degli autori.

Qual è il suo format più amato?

Ballando con le stelle, che funziona perché Milly Carlucci rappresenta quel programma e ha una squadra consolidata alle spalle. *Ti lascio una canzone* funziona perché Antonella Clerici è una mamma gioiosa. Non saprei vedere altri artisti per quei format.

Il produttore è importante quando c'è un conduttore forte?

È un matrimonio, ci si sceglie.

Fiorello tornerà a «Sanremo»?

No. Fiorello lo dice sempre: «Io non sono un conduttore, io sono un intrattenitore. Se salgo sul palco comincio a cantare io, parlare io, suonare io, e oscuro i cantanti».

Fiorello si è spaventato dell'esperienza negativa di Giorgio Panariello?

No, lui è convinto che all'Ariston ci vogliono i Bonolis e i Morandi.

Qualcuno l'ha deluso tra i suoi «figli»?

No, mai. Panariello, che dopo 10 anni con me oggi lavora con la Friends & partners e farà un programma su Canale 5, è un figlio più di prima. Poco fa mi ha chiamato per andare a cena stasera.

E Vittorio Sgarbi? Il suo programma è stato chiuso dopo una puntata.

Sgarbi non si è preparato, non ha partecipato alle riunioni. Se per un mese avesse dedicato 2 ore al giorno al programma, sarebbe stato un successo. Ha un'intelligenza straordinaria, è un grande affabulatore, ma non ha capito che la tv è impegno. Gli dicevo: ricordati che Roberto Saviano e Fabio Fazio per 8 mesi sono stati chiusi in una stanza a lavorare. Peccato, poteva colmare il vuoto che si era creato nello spazio di *Annozero* di Michele Santoro.

E Raffaella Carrà? Anche con lei aveva un progetto.

Raffa sarebbe anche ambita dai pubblicitari... Ci lavorerei, ma non ho ancora capito



PRODUTTORE E GENTILUOMO | BIBI BALLANDI

cosa voglia fare. Meglio andare avanti.

Con chi farà un nuovo show in Rai?

Vorrei fare quattro puntate con Jovanotti su Rai 1, appena lui potrà. Parla, trascina, canta. Prende tre generazioni insieme: nipoti, nonni e genitori. Sono andato a vederlo a Riccione il 14 agosto e sono impazzito, conosco tutte le sue canzoni.

Qual è il programma più innovativo?

Masterchef su Cielo. Faccio i complimenti a Giorgio Gori che lo produce.

Chi sono i talenti emergenti?

Geppi Cucciari e Victoria Cabello.

Entrambe seguite da Beppe Caschetto.
È meglio lui o il collega Lucio Presta?

Caschetto è nato con me a fine anni Novanta. Era un impiegato della Regione Emilia-Romagna ed era stato delegato a rappresentare l'assessore a *Stasera mi butto*, una trasmissione che facevo a Rimini per la Rai. Aveva intuito e gli ho detto: tu fai e io ti aiuto. Gli ho segnalato Alessia Marcuzzi, e non solo lei.

E lei con chi lavora meglio?

Caschetto ha il cervello da sindacalista. Lui pensa: «Io rappresento l'operaio-con-

duttore e tu il broadcaster, sei l'azienda». Presta lo preferisco perché è più di pancia, è un vero calabrese, è verace.

Però non produce molti spettacoli con Presta.

Io lavoro con big che non hanno agenti. **Per il produttore è meglio non avere agenti con cui avere a che fare?**

Io sono un babbo per gli artisti.

Vuole dire che nessuno tra gli agenti le ha mai fatto un torto?

Intanto sono cattolico. Quando ricevo uno schiaffo, porgo davvero l'altra guancia. Poi, con quello che ho passato, che m'importa?

Ha un sogno professionale?

Che un giorno Mina, grazie allo Spirito Santo, si alzi e dica: «Ora chiamo Bibi e facciamo uno show importante».

Ha ragione Aldo Grasso a dire che i programmi della prima serata durano troppo?

Ha ragione, dovrebbero finire al massimo a mezzanotte, il pubblico va a letto.

Si riferisce a «C'è posta per te», che ha battuto «Ti lascio una canzone»
proprio grazie al pubblico che rimane più sveglio?

Sì. Con Maria De Filippi c'è stima reciproca. Prima dell'estate mi ha chiamato per produrre lo show di una finalista di *Amici*. Anzi, le devo telefonare.

Una volta ha detto che il male delle famiglie è avere una figlia che vuole fare la velina: si schiera con Antonio Ricci o con Gad Lerner che ha fatto una campagna contro?

Non ho detto questo. Penso che la rognia di una famiglia sia avere un figlio che vuole per forza fare la televisione. Non sa quanti potenti mi mandano i figli e io rispondo sempre la stessa cosa: «Intanto laureati, impara minimo tre lingue, va' a scuola di ballo, di recitazione e dizione». Prendete esempio da Michelle Hunziker e Paola Cortellesi: le più complete.

E di Lele Mora che cosa pensa?

Che ha un intuito pazzesco, la prova è che molti talenti li ha scoperti lui, Sabrina Ferilli e Simona Ventura su tutte. In tv come nella vita da soli non si vince, la squadra è tutto. ■

Cure palliative, dopo la legge avanti adagio

di Francesca Lozito

A un anno e mezzo dal varo della norma che dovrebbe far estendere il ricorso alla palliazione, sono solo quattro le Regioni che l'hanno attuata. Ma qualcosa si muove

Quattro regioni al passo con la normativa nazionale sulle cure palliative. In certi casi anche più avanti. Tutte accomunate da un obiettivo: mettere in rete le realtà esistenti, farle funzionare assieme, potenziarle. La legge sulle cure palliative (n.38, 15 marzo 2010) è in vigore ormai da un anno e mezzo in Italia e trova le sue declinazioni anche sul territorio in nome di quella sanità che ha sempre più un profilo regionale. E di un testo che spinge le Regioni a dare una forma a quanto c'è già. Facciamo il punto, pochi giorni dopo la Giornata mondiale delle cure palliative.

Primo a legiferare è stato il Friuli Venezia Giulia, che nel luglio scorso ha approvato una legge specifica. Agile e moderna nell'impostazione, istituisce un Coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore, con l'obiettivo di garantire livelli di assistenza uguali su tutto il territori e la promozione di specifiche attività di ricerca. All'articolo 6 viene delineata la rete regionale per le cure palliative: uno strumento importante per poter comprendere l'azione singola su un territorio in uno specifico complesso di interventi che devono portare, come dice la legge friulana, all'erogazione delle cure palliative secondo «criteri di appropriatezza e in base ai bisogni e alla volontà del malato e dei suoi familiari sia a domicilio che in strutture delegate». Altri due punti importanti sono la dichiarazione di tutela specifica per il malato in stato di inguaribilità e di fine vita, per cui si chiede una esplicita «facilitazione comunicativa tra il malato stesso e gli operatori che lo curano» e – unicum sul piano nazionale – il diritto

«all'adeguata assistenza spirituale e religiosa con le modalità richieste dal malato e dalla famiglia».

In Trentino si punta invece a un potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e delle cure palliative attraverso una delibera di giunta che va integra la legislazione esistente. Con due finalità: garantire omogeneità di accesso e di livello del trattamento assicurato. «Nel 2010 – spiegano alla Provincia autonoma trentina – la quota di persone che ha usufruito di una forma d'assistenza palliativa organizzata è stimabile intorno al 45% di quanti ne avrebbero avuto necessità. Ogni anno si ritiene che potrebbero accedere alle cure palliative domiciliari circa 1.800 persone, di cui circa 90 minori: l'80% dei malati deceduti nell'anno per malattia oncologica (circa 1.100 persone) cui si aggiunge un numero di malati non oncologici (cardiologici, neurologici, metabolici, pneumologici, altri) assistibili in cure palliative che è stimabile al 50% degli oncologici e, quindi, in circa 700». Altro obiettivo è rispondere adeguatamente alle esigenze dei bambini: hanno bisogno di cure palliative 10 piccoli ogni 10mila minori in età 0-17 anni, dei quali il 30% oncologici e il 70% interessati da altre condizioni. Anche qui si punta a una rete provinciale delle cure palliative.

Ci spostiamo in Sicilia dove sono state predisposte le nuove regole per gli accreditamenti del no profit per l'assistenza domiciliare in cure palliative. L'obiettivo è garantire in ciascuna Provincia la continuità delle cure secondo i livelli dell'assistenza domiciliare che in Sicilia erano già stati predisposti a un anno. La delibera siciliana delinea le necessità di pratiche per l'assistenza: dal cellulare per ogni operatore in attività alla disponibilità di un'autovettura di servizio ogni 30 malati assistiti ogni giorno, alla borsa in dotazione per ogni operatore che deve portare in giro strumentazione e farmaci. Sono anche definiti i requisiti funzionali, la tipologia e l'intensità degli interventi, l'utilizzo di una cartella personale per ogni paziente.

Ultima arrivata, a inizio settembre, la Calabria che ha approvato le Linee guida per l'attuazione della Rete di



cure palliative. Due documenti distinti – cure palliative e terapia del dolore –, 24 pagine con il modello che vede al centro il paziente: previsto «per pazienti con patologie irreversibili, prevalentemente oncologici, l'inserimento precoce nel percorso di cura di una serie di professionisti, come il palliativista, l'assistente sociale, il nutrizionista, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del malato».

Avanti adagio, ma le cure palliative in Italia avanzano.

Oncologia e costi delle cure: «Con i malati terminali il criterio non è il risparmio»

Continua a far discutere l'articolo pubblicato di recente su *Lancet Oncology* nel quale si contesta la sostenibilità dei costi di cure sperimentali per malati terminali che non diano i risultati sperati. Sono 37 i medici che denunciano questo rischio, ma anche in Italia si parla della necessità di essere più oculati nelle spese sanitarie. «È logico che in tempi di crisi occorre essere contenuti nelle spese. Ma la questione dei costi non può essere il principio guida dei nostri interventi» è la replica di Marco Maltoni, primario dell'Unità di cure palliative dell'Ospedale Pierantoni di Forlì. È invece necessario «concentrarsi sull'appropriatezza delle cure. Sfida difficile a volte, perché può non essere accettata dal malato, sviato dal concetto del "faccia tutto quel che è possibile", non sempre positivo». E allora? «Si sta accanto al malato, si parla con lui, si cerca di ascoltarne dubbi e paure, si rassicurano lui e la famiglia che si praticheranno solo terapie per il suo bene». Il rischio è che si fraintenda anche il ruolo delle cure palliative: «Chi ha in mano i cordoni della spesa sanitaria può credere che queste cure possano costare meno di una ordinaria terapia oncologica e che per questo vadano scelte a discapito di queste». Le cure palliative non sono il contentino degli ultimi giorni: «No, non è mai stato così e non lo è soprattutto ora che in Italia stanno facendo importanti passi in avanti. Ma abbiamo molto da lavorare per diffondere una cultura adeguata». (F.Lo.)



Usa, la crociata anti-vitamine “Basta abuso di integratori possono danneggiare la salute”

Irisultati di due studi-shock: la “E” nel mirino. Ma gli scienziati si dividono

**Test su 35mila
pazienti: aumento
della mortalità
media e dei tumori
alla prostata**

DAL NOSTRO INVIATO
ANGELO AQUARO

NEW YORK — Hai preso le vitamine? Da oggi i bambini potranno sentirsi meno colpevoli di fronte al richiamo della mamma. Altro che bene: le vitamine fanno malissimo. Fino al punto — addirittura?! — di uccidere. Messa così sembra una controrivoluzione che rischia di ribaltare abitudini di mezzo mondo: a cominciare da quest’America dove le vitamine sono consumate da più di una persona su due. Ma la realtà è più complessa: e fortunatamente.

Tutto nasce da un paio di studi che hanno messo a soqquadro la comunità scientifica. Anche perché non si tratta di una passeggiata in laboratorio: ciascun esperimento ha schierato la bellezza di 35mila pazienti. Di più: uno riguarda le donne e l’altro gli uomini. E in entrambi la conclusione è la stessa. Il primo studio, pubblicato sugli Archives of Medicine, ha seguito i trattamenti di decine di migliaia di donne dal 1986 al 2004, scoprendo che chi fa uso di supplementi vitaminici, con particolare riferimento alla B6 e al ferro, ha una mortalità maggiore della media. La seconda scoperta, denunciata dal Journal of the American Medical Association, mette all’indice la Vitamina E: che contrariamente a quanto fin qui ipotizzato invece di ridurre aumenterebbe del 17 per cento il rischio negli uomini di cancro alla prostata. Gli studi non spiegano il perché: si limitano a segnalare statisticamente il fenomeno. Mainballo c’è la salute di milioni di persone: e un mercato da più di 3 miliardi e mezzo di dollari. A chi credere?

«La verità è che queste ricerche hanno sottolineato quello che sapevamo» dice la dottoressa Dianne McCallister sulla tv Abc: «Gli integratori vitaminici vanno considerati medicine a tutti gli effetti». Da prendere quindi con misura. Lo pensavano già gli antichi greci: che usavano “farmakon” per indicare le medicine e il veleno. Ma la chiave sembra essere in un’altra parola: “integratore”. Di che? «Solo il 3 per cento degli americani segue una dieta giusta: e se non ci fossero i multivitaminici come facciamo col restante 97 per cento?» insorge Jeffrey Blumberg, il nutrizionista della Tufts University di Boston. «Questi studi dicono tutto il contrario di altri: le vitamine in realtà riducono e non incrementano il tasso di mortalità. Io stesso raccomando l’uso: soprattutto per raggiungere la dose giornaliera di calcio, potassio, vitamina D e vitamina E». Ma sempre su Usa Today gli ribatte Marion Nestle, la nutrizionista della New York University già protagonista di memorabili battaglie contro i fast food. «Quello che conta è l’alimentazione: il cibo giusto. Meglio una buona dieta: l’integratore dovrebbe essere usato solo nei casi in cui viene diagnosticata una deficienza particolare».

Il problema è sempre l’abuso. Come trasparirebbe anche dall’utilizzo degli integratori di ferro. «Nello studio si sostiene che la mortalità aumenterebbe per le donne sull’ottantina. Ma perché le donne di quell’età dovrebbero prendere questi integratori? Sono ben oltre la menopausa e non hanno certo bisogno di rimpiazzare le dosi di ferro perse durante la mestruazione». Il verdetto? «La maggior parte di noi riceve energia sufficiente dal cibo» conclude la dottoressa McCallister «e gli integratori vitaminici andrebbero usati solo dopo aver consultato i medici». E già: sperando che si mettano d’accordo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli italiani e gli integratori

● 1 italiano su 3 utilizza integratori e afferma di farne uso regolarmente

- **profilo**
- colto
 - 45 - 69 anni
 - buone abitudini alimentari
 - stile di vita sano

I primi 5 prodotti per fatturato nel settore farmaceutico



- Fermenti lattici
- Multivitaminici
- Coadiuvanti il controllo del peso
- Sistemici capelli
- Lassativi

Fonte: Federsaius e Ac Nielsen 2008

La ricerca

Negli Stati Uniti su un campione di 35mila pazienti

- **Vitamina B6 e ferro**
Test su migliaia di donne rileva rischio mortalità maggiore della media
- **Vitamina E**
Aumento del 17% del cancro alla prostata



Che cosa sono

Sono prodotti che si presentano in forme simili a quelle dei farmaci:

- bustine
- capsule
- compresse



le confezioni vendute



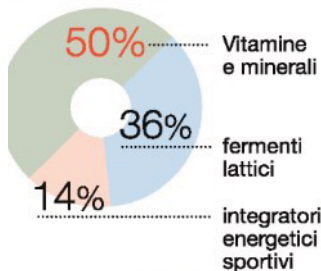
I più usati

- Multi- vitaminici



Per carenze dovute ad alimentazione sbagliata

Le specialità



Chi li consiglia

- Il medico 51,7%
- Il fai da te 33%
- Il farmacista 7,5%
- L'erborista 2,5%

Elzeviro

Il contributo nazionale al progresso

RICERCA SCIENTIFICA
E PARADOSSI ITALIANI

di GIUSEPPE REMUZZI

Presentiamo una sintesi dell'intervento che il professor Remuzzi svolgerà oggi a Roma all'Accademia dei Lincei (Palazzo Corsini, ore 16.30) intitolata: «Medicina di domani e etica di ieri». Anche la rivista «Lancet» dedica un lungo articolo a questo intervento.

Dagli ostacoli posti
da Gregorio XVI
alle scelte di oggi

Della morte di Cavour e del racconto che ne hanno fatto «Lancet», il «British Medical Journal» e il «New England Journal of Medicine» s'è già scritto («Corriere della Sera» 23 aprile). E del declino della scienza e della medicina nell'Italia della prima metà dell'Ottocento. Mentre in Francia, Bichat e Laennec, in Germania Muller e Virchow andavano avanti sulla via tracciata da Morgagni, in Italia il pensiero medico sprofondava nelle sabbie mobili di un «dottrinismo sterile» così Antonio Cazzaniga in *La grande crisi della medicina italiana* dell'inizio del XIX secolo. Lo stetoscopio di Laennec fu il simbolo di una medicina che passava dai pregiudizi all'evidenza: osservazione, esame fisico, valutazione dei tessuti al microscopio. Tutti in Europa abbracciarono queste novità. In Italia no, i dottori erano rimasti ciarlatani e la gente se ne rendeva conto. I Congressi degli Scienziati Italiani avrebbero dovuto essere occasione per discutere di cose mediche e aprirsi alle idee che ormai avevano preso piede all'estero. Il primo di questi congressi, quello del 1839, lo fecero a Pisa e il papa Gregorio XVI spaventato all'idea che questo diventasse un congresso di liberali e sovversivi impedì a Carlo Matteucci di prendervi

parte. Le conseguenze di quel brutto periodo si sono fatte sentire e forse ne risentiamo anche oggi. Dal 1930 al 1960 in medicina è successo di tutto. La scoperta del primo sulfamidico è del '32, il pentothal fu usato per la prima volta in anestesia nel '34 e questa scoperta ha coinciso con l'esplosione della chirurgia, la scoperta della struttura del Dna è del '53, i primi vaccini sono comparsi dal '54, il primo tentativo di dialisi del '56, i primi interventi a cuore aperto del '60.

Qual è stato il contributo degli italiani? Quasi nessuno con una importante eccezione, la scoperta del primo farmaco anticancro nel 1960. Poi più nulla. Sempre, prima delle elezioni, si sente dire che ci saranno più soldi per la ricerca, che si riformeranno le università, che i ricercatori migliori e i medici migliori potranno avere una carriera accademica anche da noi. Tutte promesse che svaniscono qualche settimana dopo, c'è sempre qualcosa di più urgente. Negli ultimi quindici anni abbiamo avuto governi di destra e di sinistra ma di qua e di là c'è chi è contro la scienza per principio. Lo si è visto con le leggi più recenti. Quella che regola la fecondazione assistita è in contrasto con le regole della medicina e col buonsenso. Non si possono produrre più di tre embrioni per volta e li si devono trasferire tutti e tre nell'utero della madre ed è vietata qualsiasi forma di selezione

degli embrioni. Ma se uno dei genitori è portatore di anomalie genetiche, si vorrebbe evitare di trasmetterle ai figli. Da noi non si può. Gli embrioni che vengono dalla fecondazione in vitro, vanno messi tutti nell'utero, così come sono. Se mai si abortirà dopo. Così dal momento che questi limiti non ci sono in Francia, Regno Unito, Spagna e Grecia, gli italiani vanno all'estero.

Lo stesso per la ricerca con le cellule staminali embrionali. Le possiamo usare (e le si prendono all'estero) ma non le possiamo produrre nemmeno da embrioni che se no si butterebbero via. Intanto chi è contro continua a sostenere che di cellule embrionali, non ce n'è bisogno, si può far tutto con le cellule adulte. Ma questo non è vero. Anche le disposizioni di fine vita e i diritti dell'individuo sono da noi materia di scontro politico. Entrare nel merito di questioni così delicate importa poco. L'importante è compiacere gli elettori, se questo va contro le regole della medicina che sono le stesse in qualunque parte del mondo, pazienza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHIRURGIA PLASTICA

di MICHELE AINIS

L'incidente tecnico, come lo definisce la maggioranza di governo, rischia di mandare lo Stato italiano gambe all'aria. Per forza: se non approvi il rendiconto consuntivo non puoi varare gli assestamenti di bilancio, non puoi spostare somme sui capitoli incipienti traendole dai capitoli in eccesso, non puoi scattare una fotografia dei conti pubblici. Ecco perché l'iniziativa della legge di bilancio è al tempo stesso riservata (al governo) e vincolata (deve avvenire ogni anno). È dunque vincolata anche l'approvazione delle Camere; però la Costituzione detta una via di fuga solo per il bilancio di previsione, quello con lo sguardo al futuro, anziché al passato. In questo caso viene in soccorso l'esercizio provvisorio, ma per non più di quattro mesi; tanto che i vecchi Parlamenti usavano l'*escamotage* di fermare gli orologi, quando non arrivava per tempo un voto positivo.

E se invece viene bocciato il rendiconto? Eccolo il pasticcio nel quale ci ha cacciato questa maggioranza ballerina: un rebus giuridico, oltre che politico. Perché la Camera ha rigettato il primo articolo della legge in questione, tagliandole la testa; e ha dovuto quindi arrestarne l'esame, dato che non avrebbe senso offrire braccia e gambe a un corpo ormai decapitato. Perché in secondo luogo c'è un istituto del diritto parlamentare che si chiama improcedibilità, e che vieta di ripresentare prima di sei mesi un testo già respinto. Anche se il governo chiede e ottiene una nuova fiducia, come si propone il presidente del Consiglio. E perché in qualche modo tuttavia bisogna uscirne, ne va dell'interesse generale.

Come? O disapplicando la regola dell'improcedibilità, e perciò ponendo subito in votazione una fotocopia del testo bocciato: si può fare, ma serve un consenso unanime, ed è improbabile che l'opposizione si commuova. O forzando il tenore della regola, benché quest'ultima s'estenda ai progetti che riproducono sostanzialmente quelli appena bocciati. Ma i numeri sono numeri, non ci si può giocare. E allora non resta che giocare con le parole, in questo noi italiani siamo bravi. Cambiare un aggettivo, una virgola, un avverbio. Dopotutto la legge di bilancio è un atto costituzionalmente necessario. E dopotutto la necessità è più forte della legge, anzi è essa stessa legge.

Domanda: ma spetta al governo Berlusconi quest'opera di sartoria istituzionale? Costituzione alla mano (articolo 94), un infortunio parlamentare non comporta l'obbligo delle dimissioni; la crisi di governo è doverosa unicamente dopo un voto di sfiducia. Sennonché la legge di bilancio tocca al cuore il rapporto fiduciario. Se viene respinta, significa che le Camere disapprovano l'indirizzo politico dell'esecutivo. Anche quando respingono il rendiconto consuntivo, certo. Perché in tale circostanza è come se gli imputassero d'aver tradito gli accordi contenuti nel bilancio di previsione approvato l'anno prima. O peggio ancora, d'aver proposto dati falsi.

Insomma, per il governo l'«incidente tecnico» equivale a una verginità perduta. C'è un'unica via per superare l'incidente: cucinando le riforme che servono al Paese, mostrando una rinnovata compattezza, al di là dei voti di fiducia sventolati come bandierine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità contro tagli a precariato, oggi i medici in piazza a Montecitorio

Tornano a manifestare i sindacati medici, che oggi a mezzogiorno saranno in piazza davanti a Montecitorio. 25 le sigle promotrici della manifestazione. Tutti in camice bianco e con lo slogan «la sanità non si tocca». «Questo Governo - sostiene Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil Medici - ci ha colpito 16 volte: dal taglio delle risorse per la sanità al congelamento della retribuzione, dal blocco del contratto e delle convenzioni allo stop al turn over, dalla rottamazione per chi ha 40 anni di contributi fino al prelievo forzoso di oltre i 90mila euro, solo per citarne alcune». Eppure, spiega il sindacalista della Cgil, da una ricerca sui salari del personale ospedaliero in Europa realizzata dall'Epsu (Sindacato Europeo dei servizi Pubblici) emerge che «i medici italiani sono retribuiti meno dei loro colleghi francesi, tedeschi e inglesi». «Comprendiamo che in una fase di crisi si debba chiedere uno sforzo a chi guadagna di più - aggiunge Cozza - e i medici non si sottraggono certo a questa necessità, ma le manovre del Governo hanno reso sempre più difficile il nostro lavoro, dequalificandolo e assoggettandolo a logiche politiche e ragionieristiche». Per questo, conclude, «domani saranno 25 le sigle promotrici della manifestazione, un fatto che dovrebbe far comprendere quanto sia diffuso il malessere della categoria».

