

## **Rassegna del 30/07/2010**

---

ESPRESSO - Sarà sempre più difficile abortire - Sarlo Assunta - Visco Caterina

REPUBBLICA ROMA - San Camillo, bimbo nasce morto denunciati i medici di Ginecologia  
- Angeli Federica

# Sarà sempre più difficili ABORTIRE

**Nel Lazio i consultori diventano centri per la vita. La Lombardia regala 5 milioni alle associazioni pro-life. Dal Veneto le donne migrano. Fa eccezione la Puglia**

**DI ASSUNTA SARLO  
E CATERINA VISCO**

**S**chedare le donne che chiedono di interrompere la gravidanza e farle passare attraverso numerosi colloqui. Con il preciso e dichiarato intento di dissuaderle più di quanto non faccia già oggi l'obiezione di coscienza nei presidi pubblici che nel Lazio tocca la cifra record dell'85,6 per cento. È quanto potrebbe accadere se dovesse essere approvata la proposta di legge regionale di riforma dei consultori presentata dall'assessore Olimpia Tarzia, già presidente del Movimento per la Vita. Mentre è una certezza, dall'altra parte dell'Italia, il diktat del governatore Vendola che, con la delibera regionale 735, prevede che nei consultori possano

drammatica scelta, e un'altra dove, pur nella difficoltà di far funzionare il servizio sanitario nazionale, si rispetta la legge e si cerca di rispettare il doloroso diritto che essa garantisce.

La legge regionale voluta dalla giunta di Renata Polverini impone alle donne un percorso obbligato: in prima istanza intende far «riflettere la donna e la coppia sul valore primario della vita, della maternità, e della tutela del figlio concepito», poi propone un possibile (ma non certo) sostegno economico da parte della regione per i primi cinque anni di vita del bambino o suggerisce di metterlo al mondo per poi darlo in adozione e affidamento. Se, passate queste forche caudine, la donna decide comunque di interrompere la gravidanza, l'intero iter viene «verbalizzato». Non solo. La proposta prevede anche il libero accesso ai consultori delle associazioni di volontariato in difesa della vita e la parificazione (anche sul piano dei finanziamenti) tra consultori privati non a scopo di lucro e quelli pubblici.

Dice Pina Adorno, presidente della Consulta dei Consultori di Roma: «Le nuove regole non introducono novità pratiche in favore delle famiglie, che le rendano cioè in grado di accogliere nuove gravidanze. Allo stesso

## Camici obiettori

Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'interruzione volontaria di gravidanza

	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	%	%	%	%	%	%
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>64,7</b>	<b>44,3</b>	<b>32,2</b>			
Piemonte	61,6	42,8	22,8			
Valle d'Aosta	16,7	44,4	0			
Lombardia	65,6	45,7	38			
Bolzano	77,8	46,9	75,7			
Trento	73,5	31,6	24,4			
Veneto	79,1	53,2	65			
Friuli Venezia Giulia	63	42,6	33			
Liguria	56,3	38,1	6,8			
Emilia Romagna	53,5	36,1	21,9			
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>71,7</b>	<b>54,2</b>	<b>40</b>			
Toscana	59,6	29	26,2			
Umbria	73,8	62,2	36,6			
Marche	60	48,6	37,8			
Lazio	85,6	76,8	62,7			
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>80,5</b>	<b>68,3</b>	<b>55</b>			
Abruzzo	75,6	59,6	57,1			
Molise	82,8	77,8	82			
Campania	83,9	77,1	72,4			
Puglia	79,9	63,5	76			
Basilicata	84,1	62,8	28			
Calabria	72,7	69,1	72,5			
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>74,3</b>	<b>68,3</b>	<b>67</b>			
Sicilia	83,5	74,4	82,5			
Sardegna	57,3	50,4	43,7			
<b>ITALIA</b>	<b>70,5</b>	<b>52,3</b>	<b>40,9</b>			

Fonte: ministero della Salute, Relazione sullo stato di attuazione della 194, 2010





**Renata Polverini: il Lazio ha avviato una legge regionale che obbliga le donne che vogliono abortire a un lungo iter di colloqui per farle desistere**

so tempo mette in pericolo le attività di prevenzione che i consultori svolgono e che hanno portato a un calo costante delle interruzioni volontarie di gravidanza».

Il caso del Lazio non è certo isolato, perché nel Paese lo stato di attuazione della 194 è uno strano caso di strabismo sanitario. Da un lato, le interruzioni calano costantemente dal 1978 a oggi: secondo gli ultimi dati forniti dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella al Parlamento, nel 2008 sono state effettuate 121.406 Ivg, delle quali oltre 40 mila sono state richieste da cittadine straniere. Dall'altro, il livello dell'obiezione di coscienza è strabiliante (vedi tabella di pag 68) con una media del 70,5 per cento dei gineco-

logi e del 50,3 degli anestesisti: una situazione che impedisce di fatto alle Asl e agli ospedali di garantire il servizio con continuità e senza liste d'attesa; laddove "liste d'attesa" in questa materia significa rischiare di fare tardi rispetto ai limiti di legge.

Prendiamo il Veneto, dove la sanità pubblica funziona bene, ma dove c'è il più alto numero di medici e anestesisti obiettori tra le regioni settentrionali. «I tempi di attesa complicano, sia dal punto di vista psicologico che sanitario, il ricorso all'interruzione di gravidanza», racconta la ginecologa Anna Maria Tormene, 20 anni di ospedale prima di arri-

vare al consultorio dell'Asl padovana numero 16: «Le vedo tornare da noi le donne, per sapere a chi altro rivolgersi. Non possono aspettare troppo. A cosa serve? A nulla se non a colpevolizzarle e a rendere più gravoso il loro percorso». Il Veneto, infatti, è la regione con i tempi più lunghi, dove il 34 per cento delle donne attende più di tre settimane: così il 13,2 per cento delle residenti deve migrare, verso l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Trentino. Perché nella vicina ed efficientissima Lombardia le cose non vanno meglio.

Il cattolicissimo governatore Roberto ▶

## RAGAZZE CON LA VALIGIA

È ricominciato come negli anni Sessanta. Prima della 194 in molte andavano a interrompere una gravidanza in un paese straniero perché in Italia era reato. Oggi ci vanno perché nel nostro Paese la legge non è applicata con regolarità e con il rispetto della dignità e dei diritti della paziente.

Vanno in Spagna, Inghilterra, Olanda, Francia. Ma anche in Svizzera: gli ultimi dati diffusi dal Canton Ticino dicono che un aborto su tre è effettuato su una paziente italiana. In Inghilterra nel 2009 ne sono arrivate quasi 200, secondo i dati forniti dal Department of Health. In Spagna molte di più perché molti sono i vantaggi: quasi in tutte le cliniche c'è qualcuno che parla italiano e si può abortire a un prezzo relativamente contenuto (dai 300-400 euro per aborto con anestesia locale ai 400-500 e più in anestesia totale). Pagano anche le cittadine spagnole (se il concepimento non è frutto di un reato

di qualche tipo), ma sono previste riduzioni di costi per le donne disoccupate e le meno abbienti e ci sono cliniche che coprono fino al 100 per cento dei costi di intervento. Ma perché si parte se l'aborto non è più reato? « Succede spesso che le donne denunciino gravi ritardi o addirittura veri e propri maltrattamenti psicologici a cui vengono sottoposte negli ospedali italiani per mancanza e/o poca professionalità del personale obiettore », rispondono all'associazione Women on Web, organizzazione non governativa senza scopi di lucro che sostiene le donne che devono abortire.

A rivolgersi all'associazione sono poi anche donne che hanno superato la dodicesima settimana di gravidanza e non possono più ottenere aiuto in Italia. E sono in tante a partire perché hanno oltrepassato il limite dei 90 giorni, ma hanno visto, attraverso ▶

## ATTUALITÀ



Formigoni rispetta la legge, e gli ospedali lombardi erogano le interruzioni volontarie di gravidanza apparentemente senza fare una piega. Ma, racconta Anna Uglietti, responsabile dell'ambulatorio 194 alla Mangiagalli di Milano (40 interruzioni la settimana su donne italiane e straniere), «è diventato sempre più difficile essere medici non obiettori. È un lavoro che costa a tutti e che fa solo chi è molto motivato. Non a caso tra i giovani, più pragmatici e meno orientati, l'obiezione è in aumento».

Non solo: di fatto, le donne devono poi passare giochi etici sempre più fantasiosi. L'ultimo nato è il fondo Nasko finanziato con 5 milioni di euro: 250 euro erogati per 18 mesi a donne in precarie condizioni economiche che decidono di non interrompere la gravidanza. A maneggiare i denari sono i centri di aiuto alla vita: «A sostenere le donne che rinunciano all'aborto nel progetto socio-lavorativo previsto dal fondo è scritto che debbano essere le associazioni che hanno in sta-

**Eugenia Roccella**, sottosegretario relatrice in Parlamento sullo Stato di attuazione della 194



tuto la tutela della vita sin dal suo concepimento», spiega la consigliera regionale di Sinistra e libertà Chiara Cremonesi. Insomma, proprio quegli oppositori etici della legge che Vendola vuole tenere fuori dai consultori. L'obiettivo della giunta di centrosinistra è quello di raddrizzare alcuni "primati" negativi della regione: le recidive (il 35,5 per cento delle donne che ha abortito lo aveva già fatto in precedenza) e l'alto ricorso alle strutture private convenzionate (dove si fa il 49 per cento delle interruzioni). Col nuovo piano, spiega Antonio Masciandaro, ginecologo e docente presso l'Università di Bari, «senza licenziare nessuno, saranno eliminate le strutture poco operative e dotate quelle rimanenti di équipe in grado di lavorare sia mattina sia pomeriggio, e non solo una volta alla settimana un paio d'ore, per via degli

obiettori. L'intento di queste azioni è quello di prestare un servizio paragonabile alle altre regioni italiane».

Stesso obiettivo ha la regione Basilicata dove il livello di obiezione è altissimo, l'84,1 per cento. Ma dove ci sono anche casi di good practice. «Matera ha un consultorio che prende completamente in carico le donne che richiedono una interruzione e si occupa di tutto: counseling, certificazione, esami pre-operatori, cartella clinica, fino al colloquio sulla contraccezione ai controlli successivi», racconta Rita Corina, ginecologa della Asl 4 di Matera: «Sapere di essere ascoltate, di avere accesso ai controlli senza il pagamento del ticket le motiva anche a tornare. Abbiamo una percentuale di ritorni ai controlli dell'85 per cento. Non solo: molte, sentendosi supportate, rinunciano ad abortire ed entrano nei corsi di accompagnamento alla nascita. E poi siamo sempre aperti, non chiudiamo ne-

anche una settimana l'anno».

L'obiettivo è garantire il rispetto della legge. Come fanno, senza clamore in altre regioni, dal Piemonte alla Toscana, all'Umbria, alle Marche. In Emilia Romagna, poi, il servizio funziona così bene che, unica regione in Italia, vede diminuire la percentuale di aborti anche tra le donne immigrate, che rappresentano il 44,3 per cento del totale degli interventi. Come spiega Silvana Borsari, direttore del distretto sanitario di Modena: «Abbiamo prodotto materiale specifico per le donne straniere tradotto in diverse lingue e formato gli operatori con mediatrici culturali linguistiche». L'attenzione al benessere della donna che vive la tragedia dell'aborto si misura qui anche col dato che sin dal 2005 l'uso della Ru486 è di routine, in regime di day hospital. ■

ecografie e amniocentesi, che c'è qualcosa che non va - per esempio che il feto presenta gravi malformazioni. Una volta passati i primi tre mesi, le coppie si trovano così a dover rinunciare il più delle volte a figli voluti, ma che presentano patologie spesso incompatibili con la vita o con una vita lunga e sana. «L'intervento in questo caso viene gestito in Italia come un vero e proprio parto indotto, è necessario ricoverare la paziente almeno per un giorno, spesso di più, e ad occuparsene deve essere un ginecologo strutturato dell'ospedale. Non obiettore», racconta Elisabetta Canitano, presidentessa dell'Associazione Vita di Donna. E ginecologi non obiettori negli ospedali italiani ce ne sono davvero pochi.

«In Italia le donne hanno poco tempo per decidere, dopo una diagnosi di malformazione fetale o di patologie genetiche e cromosomiche, se portare avanti o interrompere la gravidanza», racconta Paola Lo Pizzo, ginecologa dell'ospedale San Giovanni

di Roma. Ci sono diversi tipi di ecografie che si fanno durante la gravidanza una di queste è l'ecografia morfologica che consente di diagnosticare una buona parte delle possibili malformazioni fetali gravi. «Quando io seguo una paziente, sono consapevole del fatto che se l'ecografia evidenzia una malformazione lei avrà poco tempo per decidere, quindi cerco di fare la morfologica alla 20 settimana in modo da avere io tempo per ripetere l'esame e lei per scegliere. Spesso invece gli ecografisti obiettori non hanno questa sensibilità e aspettano la ventitreesima settimana quando ormai è praticamente troppo tardi». È vero che è più semplice fare una diagnosi giusta alla 23 settimana che non alla 20, ma passato questo tempo la donna praticamente non può più abortire e i medici hanno per giunta l'obbligo di rianimazione del feto in caso di aborto naturale. Insomma, una vera tragedia che spinge molte ragazze a cercare aiuto dove la legge è meno crudele.

**Caterina Visco**

**Il caso**

I sanitari: "Aveva il cordone ombelicale intorno al collo". L'autopsia al Gemelli

# San Camillo, bimbo nasce morto denunciati i medici di Ginecologia

**FEDERICA ANGELI**

**F**INO all'ultima ecografia le cose sembravano andare regolarmente: battito cardiaco, liquido amniotico, flussimetria.

Ma quando il piccolo è nato era, inspiegabilmente, morto. Il neonato è venuto alla luce mercoledì mattina intorno alle 5 e trenta nel reparto di ginecologia del San Camillo. Poco dopo il parto, i medici hanno comunicato alla madre la terribile notizia. Il cuore del piccolo aveva smesso di battere, senza un'apparente e spiegabile motivo, con molta pro-

**Secondo i genitori, sudamericani, sottovalutate le condizioni del piccolo**

bilità già dentro l'utero.

Così il padre del neonato, un colombiano di 28 anni, è andato dai carabinieri e ha denunciato per omicidio colposo i medici della ginecologia del San Camillo-Forlanini che hanno assistito la moglie, una venezuelana di 27 anni.

«La signora non è stata se-

guita da noi durante la gravidanza. Si è recata al pronto soccorso la prima volta circa una settimana fa, poi è tornata lunedì notte dicendo che non sentiva più il bimbo perciò è stata sottoposta ad accertamenti e si è visto che il feto era morto. Abbiamo effettuato un parto indotto e alla nascita aveva cinque giri di cordone intorno al collo». Questa la replica del primario del reparto di Ginecologia del San Camillo, Claudio Donadio. Sarà comunque l'autopsia, che sarà eseguita al Gemelli, a chiarire le cause del decesso del feto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Rassegna del 30/07/2010

---

NAZIONE PRATO - Campus salute per 34 giovani - ...

## CONCORSO 'DI TESTA MIA'

# Campus salute per 34 giovani

**SARANNO** 34 i giovani selezionati che dal 1 al 7 agosto al Campus della salute di Volterra, potranno sviluppare idee progetto di salute su cinque aree tematiche: reti e relazioni; individualità e conformismo; corpo e immagine; rischio e divertimento; tempo libero, sballo, uso di sostanze psicotrope, giochi estremi; amore e sessualità: affettività, contraccezione, gravidanza, malattie sessualmente trasmissibili. L'edizione 2010, organizzata dall'Asl 4 ha coinvolto giovani dai 16 ai 20 anni dei territori di Prato, Firenze, Pistoia, Empoli. Lo scopo è stato quello di rendere i giovani protagonisti attivi del proprio benessere, ponendo il loro punto di vista al centro delle politiche e dei servizi pubblici di promozione della salute, con alcuni progetti di eccellenza, messi a punto dagli stessi giovani. Le migliori 5 idee-progetto, una per ogni area tematica, verranno premiate e avranno l'interesse del servizio sanitario toscano per la realizzazione sul territorio. Il concorso è stato promosso dalla Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà della Regione Toscana, in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità.



## **Rassegna del 29/07/2010**

---

GIOIA - Quando la stanchezza diventa cronica - Graziottin Alessandra

1



GINECOLOGIA & VITA *DI ALESSANDRA GRAZIOTTIN\****QUANDO LA STANCHEZZA DIVENTA CRONICA**

“Sono da poco rientrata da una vacanza al mare, durante la quale sono stata proprio bene. Ma non appena ho ripreso il lavoro, mi è piombata addosso una stanchezza che non riesco più a smaltire. È mai possibile sentirsi così male dopo le ferie? È solo perché a non fare niente ci si abitua bene, come dice mio marito, o c'è un motivo medico per questo malessere? Cosa posso fare per riprendermi?”

*Viola T. (Firenze)*

**G**entile signora Viola, il malessere che lei descrive può essere dovuto al contraccolpo di ritrovarsi proiettata nella routine quotidiana dopo una bella vacanza e si può manifestare proprio con una grande debolezza che, in termini medici, viene detta "astenia". Si tratta di un disturbo in aumento, che colpisce in particolare le donne fra i trenta e i quarantacinque anni, ossia quelle normalmente più impegnate fra lavoro, famiglia e figli da accudire. La stanchezza può nascere proprio dalla sensazione che un momento magico sia finito e che i mille impegni quotidiani si siano nuovamente impadroniti di noi. Può essere il segno sottile di una crisi esistenziale, attivata da una pausa che ci ha dato il tempo di ascoltarci e di chiederci: "Ma che senso ha tutto questo correre?". Il sintomo principale dell'astenia è la difficoltà a dedicarsi serenamente e con profitto agli impegni quotidiani. A questo si aggiungono irritabilità e un pessimismo di fondo, che fanno vedere tutto nero o fanno scattare per un nonnulla: tutto appare grigio e negativo o, al contrario, insopportabile e irritante. Siamo più reattive e taglienti nel parlare, anche verso il partner e i figli. E, cosa ancor più grave, siamo sempre meno lucide e attente a quello che facciamo: aumentano così gli errori alla guida, gli incidenti domestici, le sviste sul lavoro. Se poi la stanchezza dipende in misura preponderante dalla carenza di sonno, allora possono emergere anche altri problemi: mestruazioni e ovulazione diventano irregolari; la sindrome premestruale, se già presente, peggiora; la pressione e la temperatura corporea si alzano, provocando uno sgradevole senso di malessere fisico; la tiroide funziona in modo eccessivo; la memoria si indebolisce, perché è proprio durante il sonno che il nostro cervello trasforma i ricordi a breve termine in tracce consolidate. Da tutto ciò consegue che l'astenia non va mai banalizzata. Le consiglio quindi di parlarne con il suo medico per capire se si tratti solo di una fase transitoria, legata a un inizio di depressione per il rientro dalle vacanze, o di uno stato di "riserva" generalizzata di tutto l'organismo, le cui cause meritino un approfondimento diagnostico. Di solito, in questo secondo caso, il medico verifica prima di tutto se vi sia un'anemia da carenza di ferro, frequente nelle donne specie quando l'alimentazione è inadeguata e/o le mestruazioni sono molto abbondanti; in secondo luogo, indaga il funzionamento della tiroide e la presenza di eventuali disfunzioni ormonali premenopausali, per poi prescrivere accertamenti via via più specifici, e le opportune terapie, in base alla sua storia clinica e ai risultati dell'esame obiettivo. In parallelo, lei stessa può contribuire al miglioramento delle sue condizioni seguendo un'alimentazione sana, facendo ogni giorno una passeggiata di buon passo di almeno trenta minuti e proteggendo il sonno, grande custode della salute fisica e mentale.

**È sempre negativa?**

Ci sono due diversi tipi di stanchezza:

- una stanchezza "amica", sana, fisiologica, che compare dopo che ci siamo dedicati a un lavoro faticoso ma piacevole, o dopo una giornata di sport o di giardinaggio. Con questo segnale il corpo ci dice che siamo a corto di energia e abbiamo bisogno di ricaricarci, ma con un buon pasto e un bel sonno torniamo pimpanti come prima;
- una stanchezza "nemica", patologica, la vera e propria astenia, che compare in situazioni di prolungato stress psicofisico, anemia, ipertiroidismo, climaterio, ma può essere associata anche a un'iniziale depressione, ad alcune gravi malattie o a cure mediche particolarmente impegnative, come la chemioterapia.

\* *Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia medica ospedale San Raffaele Resnati di Milano (www.alessandragraziottin.it). Inviare le vostre lettere per Alessandra Graziottin all'indirizzo di posta elettronica (gioiaposta@hachette.it).*



## ECONOMIA LIBERALIZZAZIONI

# PIÙ PILLOLE PER I FARMACISTI

Scacco alle parafarmacie e ai corner nei supermercati: una legge della maggioranza smantella la rivoluzione liberal nel mercato delle medicine

DI CESARE FASSARI

**L**uglio 2006: a pochi mesi dalla vittoria del centrosinistra di Romano Prodi, l'allora ministro dello Sviluppo economico, Pierluigi Bersani, sfoderò un termine bislacco che è diventato il nuovo mantra delle liberalizzazioni. Le "lenzuolate" riguardarono pane, taxi, notai, assicurazioni, professionisti. Ma a fare più rumore fu quella che apriva il superchiuso mercato dei farmaci, ancorché solo di quelli senza obbligo di prescrizione, fino ad allora feudo esclusivo delle farmacie, aperto alle incursioni dei supermercati e delle cosiddette parafarmacie. Una piccola rivoluzione che ora un disegno di legge in discussione al Senato in questi giorni a firma Gasparri-Tomassini potrebbe ribaltare, ripristinando i vecchi monopoli.

È vero che, nonostante l'ampliamento dei canali di vendita, il mercato di questi prodotti è inchiodato a una quota dell'11 per cento sul totale dei farmaci venduti in Italia. Ma è anche vero che stiamo sempre par-

lando di un business di 2,2 miliardi di euro l'anno. Che per il 93 per cento resta nelle casse delle 18 mila farmacie tradizionali. Fuori vanno gli spiccioli, poco più di 150 milioni di euro.

La lenzuolata invece puntava a introdurre nuovi soggetti e soprattutto ad abbassare i prezzi. E qualche risultato c'è stato: gli sconti praticati dalla grande distribuzione si aggirano attorno al 23 per cento del prezzo base secondo le aziende, ma solo del 10 secondo Federconsumatori; e quelli praticati dalle parafarmacie sono più bassi del 6 per cento secondo le aziende ma del 3 secondo i consumatori.

Oggi, però, il decreto Gasparri-Tomassini riporta tutto indietro di cinque anni. Soprattutto attraverso due grosse novità. A partire dall'idea di abolire l'obbligo della presenza di un farmacista nei corner di ipermercati e supermercati. Era un punto qualificante del decreto Bersani, apprezzato dai consumato-

ri preoccupati che a dispensare farmaci, non privi di possibili controindicazioni, fosse un farmacista capace di consigliare i pazienti. Non è chiaro perché sia venuta meno la necessità di tutelare i consumatori. Come in molti si chiedono perché resti l'obbligo di avere sempre presente un farmacista per le parafarmacie. Così sono in molti a pensare che su questo punto la discussione in Senato potrebbe cambiare le carte in tavola.

I giochi sembrano fatti, invece, per la seconda delle novità: l'individuazione di una nuova lista che riduce i medicinali vendibili fuori dalle farmacie. E che quindi limiterà il business sia delle catene della grande distribuzione sia delle parafarmacie restituendo fatturato alle farmacie. Quanto? È impossibile dirlo oggi giacché il disegno di legge non lo specifica e rimanda all'Aifa (Agenzia per il farmaco) il compito di redigere una lista.

Oggi nei corner e nelle parafarmacie si possono vendere tutti i farmaci senza ricetta. Per capire cosa accadrà serve un dettaglio tecnico: i farmaci senza obbligo di prescrizione sono divisi in due categorie, quelli cosiddetti di automedicazione, che possono essere pubblicizzati anche in tv e che rappresentano quasi il 75 per cento del mercato; e i cosiddetti Sop (senza obbligo di ricetta) che non possono essere pubblicizzati perché considerati comunque farmaci da "consiglio". E quel consiglio è riservato al farmacista. Dunque, se scompare il farmacista è ovvio immaginare che i Sop potrebbero essere i primi a sparire dalla nuova lista a vendita libera.

A disegnare lo scenario possibile è Camillo De Berardinis, amministratore delegato di Conad, che teme «si arrivi a una lista troppo ristretta, ma soprattutto a una riduzione del numero di compresse per confezione, che farebbe lievitare i prezzi per unità di prodotto». In sostanza una nuova categoria di confezioni con gli stessi principi attivi, ma con dosaggi o numero di dosi inferiore a quelle vendute oggi. Un'ipotesi che piace a Federfarma che punta a un sistema alla francese dove fuori dalle farmacie si vendono solo pochi medicinali in confezioni ridotte. E non è difficile immaginare che il costo di queste confezioni mini sarà tutt'altro che mini. ■

### Le medicine si vendono qui

	Farmacie	Corner supermercati	Parafarmacie supermercati	Farmacie %	Corner %	Parafarmacie %
Nord-Ovest	5006	104	537	88,6	1,8	9,5
Nord-Est	3220	75	4	86,0	2,0	12,0
Centro e Sardegna	3949	49	677	84,5	1,0	14,5
Sud	5818	51	1190	82,4	0,7	16,9
<b>Totale Italia</b>	<b>17993</b>	<b>279</b>	<b>2853</b>	<b>85,2</b>	<b>1,3</b>	<b>13,5</b>

Fonte: ministero della Salute



**SAN BARTOLOMEO IN GALDO (BN)** inizio lavori: 1998. Costo: 24 milioni di euro

**AMALFI (SA)** inizio lavori: 1978. Costo: 10 milioni di euro

**LENTINI (SR)** inizio lavori: 1995. Costo: 40 milioni di euro

**ROSARNO (RC)** inizio lavori: 1961. Costo: 4 milioni di euro

**GERACE (RC)** inizio lavori: 1987. Costo: 5 milioni di euro

Nel 2000 una commissione parlamentare denunciò 132 strutture «fantasma». Dieci anni dopo, «Panorama» ha scoperto che in 45 casi la situazione è cambiata. In peggio.

# Lo scandalo degli ospedali mai nati

DI FABRIZIO PALADINI E ANTONIO ROSSITTO

**C**'è l'ospedale fantasma di Pizzo Calabro, dove hanno costruito ascensori tanto minuscoli da non fare passare nemmeno le lettighe. C'è il mastodontico ospedale di Cagliari: nasce per la bellezza di 1.040 posti letto e adesso ne ospita appena un centinaio. E c'è pure l'ospedale di Turi, nel Barese, che doveva essere un centro per curare le tossicodipendenze. Invece è diventato regno di spacciatori e drogati. Tre eclatanti casi di sprechi all'italiana. Esempi tratti da una relazione, datata luglio 2000, della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario: 222 pagine che dettagliavano i risultati di un'indagine sugli ospedali mai terminati. Trovarono, all'epoca, 132 incompiute in 16 regioni. Nell'elenco c'era di tutto: costruzioni lasciate a metà, reparti incompleti, nosocomi finiti ma senza pazienti. Un mare di soldi pubblici buttati via. La relazione firmata dall'ex senatore dell'Ulivo Fernando Di Orio, oggi rettore dell'Università dell'Aquila, fece scalpore. Venne calcolato pure il danno per l'erario: 20 miliardi di lire, 10 miliardi di euro di oggi. Quasi una finanziaria.

Da allora le cose non sono migliorate molto. *Panorama* ha verificato ospedale per ospedale, regione per regione. E ha scoperto che 45 strutture rimangono abbandonate, chiuse o non completate. In particolare, resta critica la situazione in

Lazio, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna. Lo sperpero continua. Come dieci anni fa. «Allora i soldi degli appalti erano spesso usati come finanziamento illecito ai partiti» dice Di Orio. «Si partiva, sotto elezioni, con un progetto faraonico e un piccolo stanziamento. Poi i costi lievitavano. E i lavori si fermavano fino alla successiva tornata elettorale. A Vico del Gargano, in provincia di Foggia, l'ospedale è stato inaugurato 11 volte. E non è mai entrato in funzione». Megalomanie immaginate negli anni Cinquanta e Sessanta, e poi ridimensionate. Ospedali che, nella stragrande maggioranza dei casi, nascono già vetusti.

Come quello dell'Aquila: in costruzione per 27 anni, venne inaugurato nel 2000, già vecchio e poco funzionale. Dieci anni fa la Commissione annotava: «Irrazionalità e obsolescenza dell'impianto costruttivo, scarsa qualità dei materiali impiegati...». Come è finita, lo hanno visto tutti: il terremoto del 2009 lo ha sbriciolato. Tutti a gridare allo «scandalo». Ma, a luglio 2000, lo «scandalo» era già stato denunciato dalla relazione parlamentare. *Panorama*, da quello terminato elenco, ha scelto cinque storie di ordinario sperpero di denaro pubblico.

(hanno collaborato: Antonio Calitri, Filippo Maria Cutrupi, Sergio D'Agostino, Arianna De Leonardis, Giorgio Fabri, Eugenio Moi, Maria Pirro, Oscar Puntel, Canio Smaldone)

**Completo abbandono**  
*L'ospedale di Gerace (Rc), ultimato nel 1992 e mai entrato in funzione. Il danno erariale per il «mancato utilizzo» è stato di 7 milioni di euro.*

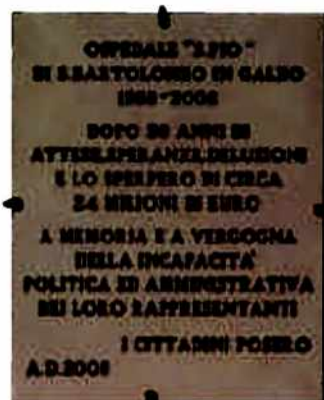


30246

## Le incompiute dieci anni dopo

Elenco ospedali incompiuti, chiusi, parzialmente attivati, completati ma non ancora funzionanti al 100 per cento.

REGIONE	2000	2010
<b>Veneto</b>	6	<b>1</b>
<b>Friuli-V.G.</b>	1	<b>0</b>
<b>Lombardia</b>	3	<b>0</b>
<b>Liguria</b>	4	<b>1</b>
<b>Umbria</b>	1	<b>0</b>
<b>Marche</b>	4	<b>0</b>
<b>Lazio</b>	15	<b>10</b>
<b>Abruzzo</b>	4	<b>4</b>
<b>Molise</b>	4	<b>0</b>
<b>Campania</b>	10	<b>5</b>
<b>Basilicata</b>	2	<b>0</b>
<b>Puglia</b>	25	<b>3</b>
<b>Calabria</b>	7	<b>7</b>
<b>Sicilia</b>	43	<b>11</b>
<b>Sardegna</b>	3	<b>3</b>
<b>TOTALE</b>	<b>132</b>	<b>45</b>



SALVATORE ESPOSITO/CONTRASTO



### SAN BARTOLOMEO IN GALDO (BN)

## Mezzo secolo di sperperi

«È l'opera incompiuta più vecchia d'Italia» dice con amaro orgoglio il sindaco di San Bartolomeo in Galdo (Benevento), 4.500 abitanti, Vincenzo Sangregorio. I lavori iniziarono nell'anno di grazia 1958. Nel 2008 venne perfino affissa una lapide: «Dopo 50 anni di attese, speranze, delusioni e lo sperpero di circa 24 milioni di euro, a memoria e a vergogna della incapacità politica e amministrativa dei loro rappresentanti, i cittadini posero» (foto a sinistra). «Da bambino venivo in questo ospedale con i miei amici, era un posto perfetto per giocare a nascondino. Nei corridoi già abbandonati usavo i carrelli portavivande a mo' di skateboard per le mie scorribande da piccolo malandrino» ricorda Sangregorio. Quattro piani per 133 posti letto previsti, 12 mila metri quadrati attrezzati con sale di degenza complete di ossigeno e bagni funzionanti. Nelle camere i mobili imballati. Nel 2008 l'ospedale viene definitivamente

cancellato dal piano sanitario nazionale e rimarrà solo uno Psaut (Pronto soccorso attivo per urgenze territoriali) che chissà quando, e se, verrà mai attivato al pianterreno.

Nel frattempo però i lavori (e lo sperpero di denaro) continuano. All'interno si possono trovare cartelle cliniche, esami diagnostici, ecografie: tutto buttato sul pavimento tra rifiuti di ogni tipo. Naturalmente c'è anche un grande parcheggio su due piani, con sbarre elettroniche e strisce disegnate. Vuoto come tutto il resto.



SALVATORE ESPOSITO/CONTRASTO



## AMALFI (SA)

## Accesso vietato alle ambulanze

«Una vergogna mondiale» dice Antonio De Luca, sindaco di Amalfi e cardiologo. L'ospedale di Pogerola, che a farne un residence con quella vista mozzafiato sul mare varrebbe decine di milioni di euro, è un monumento all'Italia dello spreco. Basta dire che la rampa di accesso al pronto soccorso è così stretta che le ambulanze non ci possono passare. Quattro piani di stanze in parte completate in parte abbandonate, cucine, sale operatorie, tutto nel più totale degrado. La struttura risale al 1952 e ha subito tanti lavori di ristrutturazione (l'ultima nel 1992) ma non è mai stata aperta. Però vennero assunti, con regolare concorso, sotto la gestione del ministro Francesco De Lorenzo, ben otto primari stipendiati regolarmente per non fare nulla per mesi, poi vennero dirottati altrove ma l'ospedale fantasma servì come trampolino per la loro carriera. «Ci ho portato Antonio Bassolino quando era presidente, ma non è servito a niente. Ora proverò con il governatore Stefano Caldoro ma sono sfiduciato. Almeno ci potremmo portare tutte le scuole di Amalfi, sarebbe utile, ma non possiamo cambiare la destinazione d'uso». Meglio dire: la destinazione di non uso. Diecimila metri quadrati buttati, un vero «monumento all'Ospedale ignoto» dove piangere amare lacrime.

## LENTINI (SR)

Aperto 15 anni dopo  
Ma solo per fiction

Il «nuovo» ospedale di Lentini sovrasta una collinetta attornata da agrumeti. L'aggettivo «nuovo» è eufemistico: i lavori, cominciati nel 1995, non sono ancora terminati. Restano da completare le sale operatorie. E poi bisogna arredare e attrezzare tutta la struttura. Gare d'appalto che hanno avuto una storia infinita: sospese per 18 mesi dopo un ricorso al Tar. E solo ad aprile finalmente sbloccate. Se tutto va bene, quindi, l'ospedale dovrebbe essere aperto la prossima primavera, con 120 posti letto invece dei 302 originariamente previsti. Il costo finale, al netto di nuove grane, sarà di 40 milioni di euro. «Ormai siamo in dirittura d'arrivo» assicura l'assessore alla Sanità di Lentini, Paolo Censabella. «Finalmente avremo il nostro ospedale». Più o meno le stesse parole che ripeterono, nel 2000, i dirigenti sanitari locali ai senatori della Commissione parlamentare d'inchiesta arrivati a Lentini per appurare lo stato delle cose. La parziale attivazione sarebbe dovuta arrivare a mesi. Sono passati, invece, altri dieci anni. Durante i quali nessun paziente è entrato in corsia. O meglio: i soli che lo hanno fatto



FRANCESCO TRONIA

erano attori. Perché l'unico utilizzo l'ospedale di Lentini l'ha avuto come set cinematografico. Nei mesi scorsi ci hanno girato «Le ultime 56 ore», con Raoul Bova, un film sui militari italiani morti per l'uranio impoverito. Il mastodontico edificio sulla collina era l'ospedale in cui venivano ricoverati i soldati. Per non lasciare dubbi sul reale scopo della struttura, per l'occasione è stata piazzata

davanti all'ingresso un'enorme insegna: «Ospedale civile». Stessa accortezza usata sopra le porte scorrevoli di quello che diventerà il reparto per curare le urgenze: «Pronto soccorso» recita opportunamente la scritta. Degenti ancora non se ne sono visti. Ma i passanti, almeno, non avranno più dubbi su cos'è quel gigantesco complesso color giallo ocra.



### ROSARNO (RC)

## Là dove c'era una corsia ora c'è... una latrina

Il primo finanziamento lo diede 43 anni fa l'ormai defunta e sempre munifica Cassa per il Mezzogiorno: 346 milioni di lire, elargiti grazie all'intercessione di Giacomo Mancini, allora ministro dei Lavori pubblici. Così, nel 1967, l'ex deputato cosentino poté inaugurare in pompa magna i cantieri. Doveva diventare un gioiello della sanità calabrese, l'ospedale di Rosarno. Peccato che per tirarlo su ci siano voluti 24 anni. Altri 19 invece sono serviti a ridurlo nello stato attuale. Un letamaio. Letteralmente. Dove si dovevano curare i malati, pascolano e trovano rifugio pecore e cavalli. Del resto, la montagna di sterco davanti all'ingresso non lascia dubbi sul reale utilizzo della struttura. E all'interno la situazione non cambia: i lunghissimi corridoi e le camere sono ornati da quantità inimmaginabili di deiezioni ovine ed equine. L'olezzo insopportabile è segno di un bivacco recente. Al resto invece ci hanno pensato gli uomini, raziando ogni cosa:

persino gli ascensori, le ringhiere delle scale e le vasche incassate nella muratura. Ogni metro quadrato racconta lo sfacelo: ovunque sono sparsi resti di sanitari distrutti, infissi divelti, quadri elettrici smontati.

Al primo e al secondo piano, all'interno di una decina di stanze, compaiono tracce di vita: letti improvvisati su materassi lerci, brandelli di vestiti, scarpe sformate. Le pareti sono annerite dal fuoco. A terra, ci sono bottiglie di birra e di vino, resti di cibarie. «Per un lungo periodo hanno vissuto qui alcuni extracomunitari» racconta Gianfranco Saccomanno, sindaco di Rosarno dal 2003 al 2005. Racconta di avere tentato in ogni modo di fare pressioni sulla Regione, perché l'ospedale venisse utilizzato, almeno parzialmente. Prediche vane: «Nessuno mi ha mai dato ascolto» lamenta. Per denunciare lo scempio, non gli è rimasto altro da fare che aggirarsi nauseato per i corridoi, assieme all'allibito cronista di «Panorama». Tra montagne di letame e stanze trasformate in lager.



FOTO DI FRANCO CUFFARI

### GERACE (RC)

## Lo spreco poco «illuminato»

A vederla da fuori sembra la villa di un nobilito in disgrazia. Tutto sommato è in buono stato: gli infissi ancora nuovi, l'intonaco appena scrostato, i balconi e i lampioni neanche arrugginiti. Solo il giardino avrebbe bisogno di una sistematina.

Il complesso di eleganti edifici bianchi alla periferia di Gerace, splendido paesino medioevale del Reggino, è però solo l'ennesima incompiuta della sanità calabrese. I lavori cominciarono nel 1987, ma vennero interrotti a metà degli anni Novanta: all'epoca erano stati già spesi 5 milioni di euro, l'ospedale era praticamente ultimato. Tanto che, nel 1996, furono collaudati tutti gli impianti, perfino quello fotovoltaico. Sembrava fatta: 102 posti letto in più nell'asfittico panorama sanitario della Locride. C'era voluto un po', ma ne era valsa la pena. Venne commissionata pure una targa dedicata al cittadino illustre, un botanico, che avrebbe dato il nome al nosocomio. Quasi 15 anni dopo, quella lastra di marmo campeggia all'entrata. Recita: «Ospedale Filippo Fimognari, geracese». La targa è in buone condizioni, solo un po' impolverata. Così come le cucine al piano terra e tutti i macchinari della lavanderia. Anche l'impianto fotovoltaico sembra resistere al tempo. Avrebbe fatto risparmiare un sacco di soldi. Ma la sfilza di pannelli piazzati sui tetti non ha mai prodotto un chilowatt. In compenso, è diventata il simbolo di uno sperpero di 5 milioni di euro.

**SAN CAMILLO**

## Bimbo nasce morto Il padre denuncia i medici

di **RITA CAVALLARO**

a pagina 52

Malasanità

# Nasce morto, denunciati i medici

*Un colombiano accusa di omicidio colposo i ginecologi del San Camillo*

**■ ■ ■ RITA CAVALLARO**

■ ■ ■ «Quando abbiamo visto il nostro bambino morto, con il cordone ombelicale intorno al collo, siamo scoppiati in lacrime. Eravamo felici, era il nostro primo figlio, l'avremmo chiamato Juan Esteban. Invece è finita così e adesso voglio solo giustizia».

Trattiene le lacrime John Freddy Arbalez, il colombiano 28enne padre del bimbo nato senza vita all'ospedale San Camillo alle 5.15 di mercoledì scorso. L'uomo, che aveva più volte accompagnato al nosocomio la moglie venezuelana Bella Rodriguez, di 27 anni, adesso accusa i medici del reparto di Ginecologia di aver sottovalutato il loro problema e spera che la denuncia presentata ai carabinieri e alla Procura di Roma faccia luce sulla tragica fine del piccolo. «Un bambino che stava benissimo, eravamo alla 37esima settimana, ma i dottori non si sono accorti che stava soffocando», ha sottolineato John, che ha ripercorso i giorni che hanno preceduto il parto.

«Lunedì 19 Bella ha fatto l'ecografia da un privato e andava tutto bene. La sera, però, sentiva dolori e si era resa conto che Juan non si muoveva più come prima. L'ho portata al San Camillo e i sanitari ci hanno rassicurato, dicendoci che era normale che il piccolo non si muovesse perché ormai il parto era vicino. Le hanno fatto un monitoraggio», ha spiegato, «e l'hanno ricoverata per la notte. Il giorno dopo ci hanno manda-

to a casa, dicendo di non preoccuparci».

Bella però sentiva che qualcosa non andava, si lamentava con John e voleva essere certa che il suo piccolo stesse bene. «Mercoledì mattina siamo ritornati e le hanno fatto un'ecografia, ripetendoci che era tutto nella norma, e venerdì c'è stato un nuovo monitoraggio. Sabato e domenica il bimbo era del tutto immobile. Lei piangeva, così lunedì sera siamo corsi al San Camillo. Quando ci hanno visto ancora al pronto soccorso ci hanno rimproverati: "Un'altra volta qui". Abbiamo chiesto aiuto e dal monitoraggio non si sentiva più il battito del cuore. Ci hanno lasciato senza sapere nulla», ha ricordato, «finché una dottoressa ci ha rivelato che Juan era morto».

E il ventre della madre è stata la tomba del figlio per un giorno e mezzo. Tanto c'è voluto, «perché il parto doveva essere naturale», ha aggiunto John., che quando ha visto venire al mondo il neonato già morto è rimasto scioccato. «Aveva 5 giri di cordone ombelicale intorno al collo ed è soffocato. Nessuno potrà ridarmi la gioia di essere padre, ma almeno chi ha sbagliato paghi». Il primario del reparto di Ginecologia del San Camillo, Claudio Donadio, ha detto di non aver nulla da rimproverare ai suoi medici: «I monitoraggi e l'ecografia erano perfetti, abbiamo fatto il possibile». Intanto per stamattina si attende l'autopsia, che chiarirà la causa del decesso del feto.





**Sanità in rosso profondo.** Per il Molise si valuta il trasferimento a un commissario ad acta della delega già affidata al governatore

# Sanità: in Calabria scatta il commissariamento

## GLI ALTRI CASI

Tremonti non firma il piano di rientro della Puglia  
Sono in tutto cinque gli enti sotto tutela, pari al 20% della popolazione

**Roberto Turno**  
ROMA

Nuovo scacco del governo sulla sanità al Sud. Oggi il governatore Giuseppe Scopelliti (Pdl) sarà nominato commissario in Calabria. Mentre in Molise sono in bilico le deleghe del commissario e governatore Michele Iorio (Pdl), che s'è pensato di assegnare a un commissario ad acta. Entrambe le decisioni saranno esaminate oggi in consiglio dei ministri, al quale i due governatori sono stati invitati formalmente a partecipare. Per la Calabria la decisione è ormai scontata. Dubbi politici e tecnici ci sono invece sul cambio di passo in Molise anche per le perplessità sollevate da Iorio che in ogni caso non sarà a palazzo Chigi: la decisione del Governo potrebbe essere rinviata.

Con la new entry della Calabria - che si aggiunge a Lazio, Campania, Abruzzo e Molise - diventano cinque le regioni commissariate per la spesa sanitaria: come dire che per 15 milioni di italiani, il 20% della popolazione, la sanità è sotto piena tutela governativa. Se però si aggiungono tutte le regioni (altre sei) sottoposte a piani di rientro dai deficit, o prossime ad esserlo, i numeri della sanità locale al guinzaglio salgono a 36,5 milioni di italiani, il 61% della popolazione. Ieri tra l'altro il ministro dell'Economia Giulio Tremonti non ha firmato il piano di rientro della Puglia presentato

da Nichi Vendola (Pd) e oggi il governo dovrebbe spostare i termini per la presentazione del programma di risanamento.

La scelta di commissariare la sanità in Calabria è in cantiere da mesi. Lo stesso Scopelliti ha sempre fatto capire di non essere affatto contrario, tanto più in una situazione ingestibile con le sole forze (e capacità) locali. I disastri accumulati in Calabria sono clamorosi. A partire dalla pesantissima situazione debitoria, con incertezze perfino nel calcolare disavanzi: le ultime stime al tavolo col governo indicano debiti dal 2006 a fine 2009 per 1,014 miliardi, ma s'è a lungo parlato di uno scoperto da 2 miliardi di euro. Scopelliti da ultimo ha calcolato un rosso da 870 milioni fino al 2008. Dai debiti alle mine sul piano dell'efficienza, il passo è breve. L'elenco individuato anche dal governatore è impietoso, a partire da 20 ospedali con meno di 100 posti letto e 11 «a rischio sicurezza». Intanto gli assistiti fuggono per curarsi: ben 47.147 sono stati i ricoveri fuori regione.

Regolarizzare una situazione precipitata nel vortice della dissipazione di risorse in un micidiale combinato disposto di interessi malavitosi, sarà più che una scommessa per la Calabria. Non a caso Tremonti chiede discontinuità assoluta anche con segnali forti di legalità sul territorio, fino all'utilizzo della guardia di Finanza nelle asl.

Per il Molise invece il governo ha all'esame per la prima volta la possibilità prevista dal «patto per la salute» di nominare un commissario ad acta, in luogo del governatore e commissario Michele Io-

rio. L'accusa è di non aver prodotto risultati col piano di rientro, e che anzi la situazione è peggiorata. La regione non condivide questa scelta anche sul piano procedurale e lamenta la mancata concessione dei Fas, prima promessi poi negati dal governo, a copertura del debito. Lo scoperto fino al 2009 in Molise era di 59 milioni. Per il Molise - come per Lazio, Campania e Calabria - c'è a fine anno il fantasma dell'arrivo delle super addizionali Irpef e Irap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IN CIFRE

**1,01 miliardi**

**Debito calabrese 2006-2009**

Si tratta delle ultime stime fornite dalla regione al tavolo col governo ma si è a lungo parlato di uno scoperto superiore: 2 miliardi di euro

**59 milioni**

**Debito del Molise**

Per la regione guidata da Iorio il governo potrebbe nominare un commissario ad acta



L'accordo raggiunto fra i tecnici è stato ribaltato: oggi in Consiglio dei ministri un decreto per rinviare la data di sottoscrizione della manovra di rientro

# Sanità, Tremonti boccia Vendola

*Stop del ministro ai 5 mila precari da stabilizzare. "Noi, osservati speciali"*

**T**REMONTI rinvia il piano di rientro dal deficit sanitario. Lo ha comunicato per telefono al governatore Vendola che, a Roma, era pronto a firmare l'intesa con il ministro alla Salute, Fazio. Il ministro dell'Economia vuole leggere personalmente il piano vistato già dal tavolo tecnico e proporrà oggi al Consiglio dei ministri di prorogare il termine per la firma. «Sono turbato dalla condizione di osservato speciale riservato alla Puglia», ha detto il governatore.

PIERO RICCI A PAGINA II

## Sanità, porta in faccia al governatore Tremonti non firma il piano di rientro

*"No alle internalizzazioni". Vendola: "Sono turbato"*



### VENDOLA

«Sono turbato dalla constatazione della condizione di osservato speciale riservata alla Regione Puglia»



### FIORE

L'assessore alla Salute si era detto "fiducioso" sulla firma dopo la chiusura del tavolo tecnico



### CAMPESE

L'assessore alle Risorse Umane esprime "soddisfazione" per l'approvazione della legge salva precari

### PIERO RICCI

**L**OSCHIAFFO di Giulio Tremonti alla Puglia arriva per telefono. «Voglio leggerlo personalmente», è stata la risposta che il ministro dell'Economia ha dato al governatore pugliese Nichi Vendola, sorpreso dal diniego imbarazzato del ministro della salute Feruccio Fazio alla firma sul piano di rientro.

Vendola e Fazio erano pronti a

firmare l'intesa sul rientro dal deficit sanitario che vale per la Puglia un assegno da mezzo miliardo di euro. Governatore e ministro avevano anche individuato la formula che non scontentava nessuno dei due per superare l'ostacolo dell'internalizzazione dei servizi. E invece il diktat che è arrivato da via XX Settembre ha gelato tutti. Vendola, soprattutto, che si è voluto sincerare personalmente della volontà di Tremonti di rinviare la firma e rispe-

dirlo in Puglia a mani vuote. «Non so se essere lusingato o turbato dalla constatazione della condizione di 'osservato speciale' che è riservata alla Regione Puglia, l'unica che oggi non ha potuto firmare il piano di rientro sanitario proposto dal governo perché il ministro Tremonti ha ritenuto di prendere tempo per ulteriori approfondimenti», ha detto Vendola. È lo stesso governatore a raccontare il colpo di scena: «Il ministro mi ha cortese-



mente informato di questa sua decisione assunta mentre io ero già al tavolo del ministero della Salute pronto a firmare un piano di rientro che giudicavo pesantissimo per il nostro territorio, ma tuttavia decisivo ai fini della acquisizione di fondamentali risorse, quasi 500 milioni di euro, che la Regione Puglia vanta come crediti dallo Stato. Ho fatto presente a Tremonti—aggiunge Vendola—che siamo alle ultime ore utili per firmare questo piano e lui mi ha comunicato l'intenzione di portare in consiglio dei ministri, nella riunione di domani (oggi, ndr), una proposta di decreto legge che sposti i termini previsti dalla legge».

Nulla di fatto, quindi. Nonostante il visto al tavolo tecnico, siglato mercoledì pomeriggio, a Roma, tra i tecnici del ministero della Salute e la squadra di tecnici regionali guidati dall'assessore Tommaso Fiore. Sembrava fatta, due giorni fa. Anche lo stesso Fiore si era detto «fiducioso» perché le «distanze tra governo e Regione non sono insormontabili». E quella distanza era nel nodo delle internalizzazioni e delle stabilizzazioni, previste da due leggi regionali, l'omnibus del 2010 e le norme sul turn over del 2009. Il governo aveva chiesto di bloccare le due leggi, impugnate tra l'altro davanti alla Corte costituzionale. La Regione aveva proposto un tavolo tecnico per verificare l'incidenza delle due leggi sui conti fatti per il piano di rientro prima di sospendere gli effetti. Così s'erano lasciati governo e Regione, mercoledì. La mediazione sembrava fatta, tanto che Vendola e Fazio erano pronti a firmare, quindi a sbloccare, col piano di rientro, i circa 500 milioni di euro bloccati a Roma, quale sanzione comminata alla Puglia per la viola-

zione del patto di stabilità e quale strumento indispensabile per riportare in ordine i conti della sanità pugliese. Non lo era Tremonti, che lascia la Puglia come l'unica delle regioni che hanno concordato il rientro dal deficit senza aver firmato l'intesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## In numeri

**105**

È di 105 milioni il fondo destinato al riequilibrio del servizio sanitario

**60**

È di 60 milioni di euro il fondo che anticipa risorse per progetti del Fas

**6**

Per la messa in sicurezza delle scuole stanziati 6 milioni di euro

**460**

È di 460 mila euro il fondo per avviare la formazione tecnica superiore

**10**

È di 10 milioni il fondo di rotazione per i debiti delle aree industriali

**17**

È di 17 milioni l'incremento del fondo per le economie vincolate

## Sanità

# La carta dei servizi sostituirà la tessera Ssn

**Marzio Bartoloni**

☞ Dopo solo sei anni di onorato servizio la tessera sanitaria va in pensione. Sarà assorbita gradualmente nella nuova carta nazionale dei servizi, la card elettronica "multiuso", già sperimentata da alcuni Comuni e Regioni, che dovrebbe permettere ai cittadini di accedere on line a diversi servizi della Pa: dalla prenotazione di visite al pagamento dei ticket sanitari, dalla visualizzazione dei propri dati fiscali fino alla verifica delle pratiche edilizie. Il progetto - che punta ad abbattere code e burocrazia - è contenuto nel decreto del ministero per l'Innovazione che ieri ha incassato il «parere favorevole» della Conferenza Stato-Regioni. I governatori hanno segnalato, però, il rischio di «pesanti ricadute economiche» nella gestione di questo "passaggio di consegne" da una card all'altra. In particolare il decreto assegna alle Regioni la «facoltà» di chiedere al ministero dell'Economia «la generazione e progressiva consegna» delle nuove carte dei servizi in «occasione del processo di riemissione massiva delle tessere sanitarie in scadenza». Un'occasione che potrebbe essere sfruttata subito dalle amministrazioni regionali visto che entro fine anno sono in scadenza 16 milioni di tessere sanitarie. Per fare questo sarà, però, necessario sottoscrivere una convenzione con l'agenzia delle Entrate. Il decreto prevede, infine, il riconoscimento come carta nazionale dei servizi delle di alcune Regioni: si tratta di Lombardia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia e Toscana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Disegno di legge Chirurgia estetica vietata sotto i 18 anni

ROMA

**Torna oggi in Consiglio dei ministri, per l'approvazione definitiva, il disegno di legge che vieterà gli interventi di chirurgia estetica al seno sotto i 18 anni.**

Il provvedimento, che prevede anche l'istituzione di registri nazionali e regionali delle protesi mammarie, aveva già ricevuto un primo via libera a febbraio, ma aveva richiesto un ulteriore approfondimento sulle garanzie per la privacy delle donne che si sottopongono a questi interventi. La registrazione servirà a permettere la tracciabilità in caso di problemi o di difetti, per esempio, di lotti di protesi. In sostanza, niente seno da mag-

giorata se non si avrà almeno l'età per votare.

Il Parlamento dovrà dire la parola definitiva, ma se il disegno di legge approvato dal Consiglio dei ministri passerà il vaglio delle Camere, l'Italia sarà il primo paese in Europa a istituire il registro degli impianti di protesi mammarie e ad avere stabilito un limite a questi interventi di chirurgia estetici vietandoli sotto i 18 anni.

Il provvedimento è stato voluto dal sottosegretario al ministero della Salute, Francesca Martini, vista anche la durata media di circa 10 anni delle protesi. Interventi precoci costringono infatti a sottoporsi nell'arco della propria vita a numerose operazioni.

Le norme avevano ricevuto l'apprezzamento dei pediatri. Inaccettabile, secondo il loro giudizio, un intervento prima del completamento dello sviluppo. Gli interventi sono vietati a fini estetici ma resta la possibilità se si tratta di correggere le malformazioni.



L'INTERVISTA

# Formigoni: «Nessun taglio, ecco come sarà la mia sanità»

*Il governatore spiega come rivedrà il sistema dei rimborsi agli ospedali e punta a potenziare livelli di assistenza e prestazioni*

■ Nessuno osi parlare di riduzioni ai finanziamenti della sanità. Il presidente lombardo Roberto Formigoni non usa mezzi termini e sostiene che eventuali tagli sarebbero «inaccettabili». Proprio ora che la Regione Lombardia è impegnata a ridisegnare il sistema sanitario lombardo. Un sistema nuovo, anticipa il governatore, che punterà l'attenzione sulle cure al di fuori dell'ospedale. Cambiano anche i criteri per i rimborsi agli ospedali: «Saranno finalizzati - spiega Formigoni - a remunerare la presa in carico del paziente e non la somma delle singole prestazioni erogate. Ci sarà una remunerazione per la cura».

Il Pirellone punta anche a potenziare la dote sanitaria e ad aumentare le prestazioni Lea, i livelli essenziali di assistenza sanitaria. «Obiettivi forti, che rappresentano un bel colpo di gong».

Maria Sorbi a pagina 36

## L'INTERVISTA / ROBERTO FORMIGONI

# «Ecco come voglio ridisegnare la sanità in Lombardia Ma nessuno osi parlare di tagli»



### NOTE SANITARIA

Il presidente Roberto Formigoni punta anche a potenziare la dote sanitaria

**Maria Sorbi**

■ Va bene il risparmio, va bene razionalizzare le spese. Ma guai a parlare di tagli alla sanità. Un capitolo intoccabile, su cui il presidente lombardo Roberto Formigoni non ammette ma.

**Presidente Formigoni, eppure la manovra Tremonti non risparmia la voce sanità nel piano dei tagli.**

«I tagli in sanità sarebbero inaccettabili. Siamo gli unici in

Italia ad essere in pareggio di bilancio. È paradossale solo pensare che ci possano essere».

**Come reperire risorse per migliorare il sistema sanitario?**

«Premesso che sappiamo di avere il miglior sistema sanitario d'Italia, non ci vogliamo accontentare. Siamo a inizio della legislatura e vogliamo migliorare ulteriormente. Razionalizzando la spesa e risparmiando».

**Come?**

«Ad esempio evitando i doppiopioni dei servizi sul territorio e riorganizzando le aziende pubbliche, con coraggio, superando le difese campanilistiche. Le risorse che risparmiamo su una voce, le investiamo in un'altra voce. Come abbiamo sempre fatto».

**Semplificare e accorpate il modo per liberare più risorse?**

«E per fare ciò che altre regioni non fanno. Con questo meto-

do abbiamo trovato i fondi per i contributi da 500 euro al mese



ai malati di Sla. Vogliamo essere sempre più vicini ai disabili e a chi soffre di malattie rare».

**Saranno aumentate le prestazioni Lea, i livelli essenziali di assistenza sanitaria?**

«È uno degli obbiettivi che ci siamo prefissati. È un obiettivo forte. Mi rendo conto che stiamo dando un colpo di gong notevole».

**Troverete le risorse anche per potenziare la dote sanitaria?**

«Sì, andremo sempre più verso una personalizzazione del servizio. Prevediamo modalità alternative di remunerazione dei servizi, drg territoriali che saranno finalizzati a remunerare la presa in carico del paziente e non la somma delle singole prestazioni erogate».

**Sta dicendo che cambiano le regole per i finanziamenti alle aziende ospedaliere?**

«Ci saranno una remunerazione e un controllo per la cura e non più per la sola prestazione, in modo da rispettare l'impegno politico di ritardare il più possibile la fase di non autosufficienza».

**Il nuovo piano socio sanitario punta a potenziare le cure al di fuori dell'ospedale.**

«Con l'obiettivo di fare la cosa giusta, nel posto giusto e con gli operatori giusti, verranno sviluppate, senza incrementare l'attuale offerta dei posti letto, delle strutture intermedie, destinate a pazienti non gestibili a domicilio ma neppure bisognosi delle cure di una strut-

tura ospedaliera complessa e costosa».

**In che modo intende riorganizzare la rete ospedaliera?**

«Ridisegnando dal basso la rete di offerta, tenendo presente che l'ospedale curerà patologie complesse e in centri che rappresentano nodi di rete. Perché non è più possibile curare al meglio tutto in tutti i presidi».

**Dobbiamo dimenticare la vecchia idea di ospedale?**

«Le strutture ospedaliere potranno essere riclassificate non tanto sulla base del numero dei posti letto e del numero delle unità operative quanto piuttosto sulla base di oggettive caratteristiche dei servizi erogate».

**In base a che parametri?**

«Ad esempio, accessibilità e soddisfazione degli utenti, cure, assistenza territoriale, meno ricoveri».



**I rimborsi**

**Remunerazioni in base alle cure e non più per le prestazioni**

**Strategia**

**Meno ricoveri, più assistenza ai malati fuori**

dall'ospedale

## Non passa il pensionamento a 65 anni Taglio alle facoltà: non più di 12 per ogni ateneo

Taglio delle facoltà non più di dodici per ogni ateneo Giro di vite sulle assunzioni dei ricercatori Tetto massimo alla durata del mandato dei rettori Più meritocrazia nelle carriere (di studenti e docenti) Il Senato ha approvato la riforma Gelmini. Il testo, dopo la pausa estiva, approderà alla Camera, con l'obiettivo di arrivare al via libera entro fine anno «Si tratta di una riforma storica dell'università», dice il ministro Gelmini, che ha ottenuto, a sorpresa, l'appoggio di Francesco Rutelli Bocciano invece l'emendamento, presentato dal Pd, sull'abbassamento dell'età pensionabile per i docenti universitari da 72 a 65 anni di età

ALLE PAGINE 16 E 17 Foschi

**La riforma** Il ministro Gelmini: svolta storica. Il Pd: misure deboli

# Università, compromesso sull'età dei prof in pensione

*Il testo approvato al Senato. Stretta sugli atenei in rosso*

ROMA — Professori universitari in pensione prima, per favorire il ricambio generazionale. Giro di vite sulle assunzioni dei ricercatori. Tetto massimo alla durata del mandato dei rettori. Commissariamento per gli atenei in dissesto finanziario. E — almeno nelle intenzioni — più meritocrazia nelle carriere (di studenti e docenti) e nelle procedure per l'assunzione dei «prof». Il Senato ieri ha approvato il ddl Gelmini. Il testo, dopo la pausa estiva approderà alla Camera, con l'obiettivo di arrivare al via libera definitivo entro fine anno.

«È una riforma storica dell'università», ha annunciato lo

stesso ministro Maria Stella Gelmini, raccogliendo in aula, un po' a sorpresa, i voti e il pieno appoggio di Francesco Rutelli, senatore dell'Api che al momento delle dichiarazioni di voto ha suscitato lo scherno degli ex compagni di partito del Pd: «È un provvedimento che migliora la qualità delle nostre università», ha dichiarato l'ex sindaco di Roma. «Rutelli sta scaldando i muscoli per prendere il posto dei finiani nella maggioranza», hanno scherzato a denti stretti dagli scranni del centrosinistra. E poi il giudizio politico sul provvedimento: «Non è una riforma, è un provvedimento debo-

le e le risorse sono insufficienti», ha sintetizzato per il Pd il senatore Luigi Zanda; parere condiviso anche da Idv e Udc. Da notare però, l'apprezzamento espresso da Ignazio Marino, Pd, «alle nuove norme per la trasparenza nella valutazione dei professori».

Polemiche a parte, il provvedimento introduce comunque numerose novità. A partire dall'età della pensione per i professori universitari. Anche se il ministro Gelmini si era detta favorevole all'abbassamento da 72 a 65 anni, ieri in aula l'emendamento in tal senso presentato dal Pd è stato bocciato. La rivolta dei professori,

e la paura del ministro Tremonti di dover ritoccare i saldi finanziari del settore con l'anticipo obbligatorio della pensione, ha infatti indotto il governo a ripiegare su una soluzione di compromesso: i professori ordinari andranno a riposo a 70 (gli associati a 68). E il mini-





stro Gelmini, incalzata dal centrosinistra, si è giustificata: «Ero e resto favorevole all'abbassamento dell'età pensionabile per favorire il ricambio generazionale, ma visto che abbiamo trovato le risorse per gli scatti di anzianità dei ricercatori, possiamo a questo punto pensare a un abbassamento graduale dei limiti per l'uscita dal lavoro». La responsabile del dicastero, intervenendo a Palazzo Madama in mattinata, ha infatti spiegato che «sono stati reperiti 40 milioni per garantire il recupero degli scatti di stipendio dei ricercatori».

E proprio per i ricercatori in arrivo c'è una rivoluzione per l'accesso alla carriera accademica. Potranno entrare solo con contratti a tempo determinato (4-5 anni) seguiti da contratti triennali al termine dei quali solo se avranno ottenuto l'idoneità potranno essere confermati a tempo indeterminato come associati. In caso contrario chiuderanno il rapporto di lavoro con l'ateneo, anche se l'attività svolta darà punteggio per i concorsi pubblici. I rettori invece non potranno restare in carica per più di otto anni, mentre saranno distinti ruoli e funzioni dei Senati accademici e dei cda. Ogni università potrà avere al massimo 12 facoltà e potranno esserci accordi regionali. I professori per essere assunti dovranno ottenere un'abilitazione nazionale e dovranno certificare 350 ore all'anno di presenza a lezione o al servizio degli studenti. Nasce poi un fondo che premierà il merito degli studenti. E le università che non avranno i conti in regola saranno commissariate.

**Paolo Foschi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I rettori**

Il mandato dei rettori non durerà più di otto anni. Distinti i ruoli dei Senati accademici e dei cda.

**I ricercatori**

Entreranno con contratti a tempo determinato. E saranno assunti solo dopo aver ottenuto l'idoneità.

**Le novità del testo**



**Il codice etico**

Servirà per evitare conflitti di interesse legati a parentele. Chi non gestirà le risorse in modo trasparente avrà i fondi tagliati.



**Mandati "a termine"**

Un rettore non potrà rimanere in carica per più di 8 anni. Oggi ogni università decide il numero dei mandati.



**Il riordino interno**

Le facoltà saranno ridotte fino a un massimo di 12 per ateneo, per evitare il proliferare di specializzazioni inutili.



**Il reclutamento**

Per accedere alla docenza bisognerà ottenere un'abilitazione nazionale, attribuita da una commissione ad hoc.



**Conti trasparenti**

Il decreto introduce criteri di maggiore trasparenza nella gestione contabile degli atenei, con criteri nazionali.

**I NUMERI DELL'UNIVERSITÀ**

**17.567**

I professori associati

**17.880**

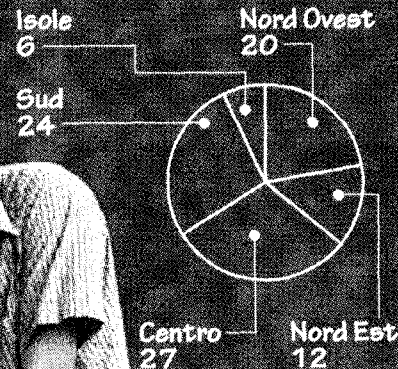
I docenti ordinari

**1.780.653**

Gli iscritti nel 2009-10

Gli atenei in Italia

**89**



Fonte: Miur

## » Il presidente dei rettori

# Decleva: «Buone norme, ma ora servono le risorse»

ROMA — È la riforma che ci voleva per l'università? Lo chiediamo al professor Enrico Decleva, presidente dell'Assemblea dei rettori degli atenei italiani. «Nella situazione nella quale ci troviamo, considerati i problemi e le criticità, è sicuramente un provvedimento importante nel suo impianto generale e in molte soluzioni specifiche. Ed è un provvedimento complessivamente coerente».

### Aspetti positivi e criticità del ddl?

«La revisione della *governance* secondo linee nel complesso equilibrate, la revisione del reclutamento evitando ogni rischio di *ope legis*, lo spazio dato alla valutazione, la possibilità di federazione di atenei: gli aspetti positivi sono sicuramente numerosi. Su alcuni punti, invece, bisognerà ritornare. L'odg presentato dal senatore Rutelli che impegna il governo a ripristinare gli scatti stipendiali bloccati dalla manovra finanziaria è sicuramente importante, ma è, per il momento, solo un auspicio. Gli spazi da riservare alle chiamate degli attuali ricercatori a tempo indeterminato che conseguiranno l'abilitazione ad associato devono venire ulteriormente ampliati. E poi c'è il problema delle risorse».

### Riforma e risorse, sostiene la Crui, marciano insieme.

«È determinante e ineludibile. Per la sopravvivenza del sistema universitario l'anno prossimo. Ma anche e soprattutto per dare applicazione e, prima ancora, credibilità alle nuove norme e alle esigenze prioritarie di cui ho appena parlato. Una riforma con le caratteristiche di quella che ha appena superato il primo vaglio parlamentare delinea la fisionomia di una università più attiva e responsabile, che pone merito e qualità al primo posto. Come è stato autorevolmente sostenuto nel corso della discussione parlamentare, non ci sono più alibi. Le risorse devono venire».

**A. B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Restano da definire i meccanismi selettivi Salvo lo scatto biennale per i migliori ricercatori

**Gianni Trovati**  
MILANO

■ L'università «è una priorità per il governo», che si impegna a «ripristinare una parte degli 1,2 miliardi di tagli al fondo di finanziamento» in calendario per l'anno prossimo.

Il ministro dell'Università Mariastella Gelmini, «d'accordo con Giulio Tremonti», risponde così in Senato alle preoccupazioni espresse martedì da Giuseppe Valditara (Pdl), relatore della riforma approvata ieri in prima lettura a Palazzo Madama. La prima traduzione pratica di questo rilancio dovrebbe finire nella busta paga dei ricercatori, soprattutto i più giovani; il primo ruolo docente dovrebbe in parte evitare il blocco degli scatti biennali, disposto dalla manovra correttiva approvata sempre ieri alla Camera. La misura non dovrebbe interessare tutti i 26 mila, perché il ministro ha parlato di «meccanismi selettivi» che dovranno dividere chi si merita l'avanzamento da chi invece deve rimanere fermo ai livelli retributivi di oggi: al tema dovrebbero essere dedicati 40 milioni di euro (secondo Palazzo Madama il blocco degli scatti in tutta l'università vale 299 milioni in tre anni).

L'annuncio di Mariastella Gelmini prova a sanare uno degli aspetti più criticati del congelamento degli scatti che, vista l'architettura degli stipendi accademici, colpisce più duramente proprio dove le buste paga più leggere. I 60 mila docenti universitari italiani sono incasellati in un sistema bizantino che prevede 52 posizioni stipendiali (17 ciascuna per i ruoli di ordinario e associato, 18 per i ricercatori) a cui corrispondono altrettanti gradini di stipendio: lo scatto più importante è proprio quello dei ricercatori all'esordio, perché il primo scatto vale oltre il 6,5%

dello stipendio (e addirittura il 24% nel caso dei non confermati), mentre per un ordinario a fine carriera il passaggio dal penultimo all'ultimo scalino non vale più del 3,2% della busta paga complessiva (si veda «Il Sole 24 Ore» del 28 giugno). La manovra correttiva congela questi movimenti per tre anni e ferma anche gli incrementi automatici annuali legati agli indici Istat. Risultato: nella sua versione originale, l'austerità accademica triennale può costare, in termini di mancati au-

menti fino al 32,7% dello stipendio attuale di un giovane ricercatore, mentre per i docenti più vicini alla pensione il sacrificio non arriva mai al 7 per cento.

L'annuncio del ministro, naturalmente, non entra nei dettagli e restano da disegnare i «meccanismi selettivi» che dovranno individuare i ricercatori da premiare con il ripristino degli aumenti.

Un meccanismo ci sarebbe già ed è l'anagrafe dei docenti prevista dalla fine del 2008 per stanare i professori inattivi, dimezzare i loro aumenti stipendiali ed escluderli dalle commissioni di concorso: a un anno e mezzo dal decreto che la istituiva, però, l'anagrafe non è partita.

Le parole di ieri del ministro hanno anche guardato più in là, al 2011 che rappresenta lo spauracchio per una buona fetta degli atenei. Con le regole attuali, l'assegno statale è destinato l'anno prossimo a ridursi del 17,2%, restando sotto i 6 miliardi di euro. A questo si riferiva il ministro Gelmini quando ha assicurato che «non mancheranno all'università le risorse indispensabili per far fronte al suo corretto funzionamento»; senza integrazioni, infatti, nella maggior parte degli atenei le spese di personale supereranno il livello del finanziamento statale, mettendo a rischio la tenuta del sistema.

C'è poi anche un caso in cui i fondi, per di più «meritocratici», già ci sarebbero, ma non sono utilizzati. Si tratta dei quasi 70 milioni che avrebbero dovuto premiare i miglioramenti ottenuti dagli atenei nella didattica e nella ricerca, secondo i parametri della programmazione 2007/2009; i fondi sono a disposizione del ministero dell'Università, ma l'assegnazione ritarda.

## L'inchiesta



**Nelle università più tagli agli stipendi dei giovani docenti**  
Ricerca al debutto: mancati aumenti pari al 32,7% della busta paga annuale

Sul Sole 24 Ore del 28 giugno sono stati calcolati gli effetti del blocco di scatti e incrementi automatici per tutte le 52 categorie stipendiali in cui è diviso il corpo docente. L'analisi mostra che la cura dell'austerità imposta dalla manovra produce gli effetti più consistenti per i docenti più giovani, in particolar modo fra i ricercatori. In termini di mancati aumenti, il congelamento di scatti e adeguamenti potrebbe costare fino al 32,7% della retribuzione attuale, mentre per chi è a fine carriera il «costo» non supera mai il 7% della retribuzione complessiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





*SU*

## Scoperta l'origine genetica di una grave malattia renale

L'origine genetica di una rara patologia, il rene con midollare a spugna, è stata scoperta da un'equipe di ricercatori delle università Cattolica di Roma, di Verona e di Padova. La malattia, spesso asintomatica, è associata di frequente alla calcolosi ripetuta ed è caratterizzata dalla dilatazione dei nefroni, le unità funzionali del rene, dove si formano calcificazioni e calcoli.



**D**all'analisi di un centinaio di pazienti con calcolosi colpiti anche da rene midollare a spugna, i ricercatori

hanno trovato conferma che le alterazioni di un gene (Gdnf) erano collegate statisticamente alla malattia. «Che la causa potesse essere genetica fino a oggi era solo un sospetto – spiega il nefrologo della Cattolica di Roma Giovanni Gambaro –. I casi familiari descritti in letteratura erano pochissimi e non possedevamo evidenze scientifiche per sostenere questa ipotesi. Grazie al nostro lavoro, i medici ora sono in possesso di alcuni elementi che ci portano a pensare che l'ipotesi abbia consistenza».



## SCOPERTA USA

# Tumore alla prostata Ecco la cellula che lo genera

Roma — Catturate le 'cellule madre' del cancro alla prostata, ovvero quelle responsabili del tumore. Ciò è stato possibile grazie a un esperimento che ha portato alla creazione di un tumore umano partendo da cellule sane. La scoperta, su 'Science', si deve a un team dell'università di Los Angeles.

**BREVI 21**

**UN TERZO DI ITALIA È IN SPESA DI UNO DEI DUE GRANDI RISCHI SANITARI CHE COLPISCONO IL BELLO STATO**

**INCHIESTA APERTA**  
Padova, figlio di chiurgo e di una donna di 40 anni. Il padre è stato ucciso da un colpo di pistola.

**RICERCATO DA 11 ANNI**  
Super cultismo: il caso di una donna che ha trascorso 11 anni in un istituto di cura per i pazzi.

**IL PARTITO SPATIZIA**  
«La mafia è il sistema più moderno che ci sia».

**TRAGEDIA IN DISABILI**  
Loro Parole, morte di Carla. Da un'indagine sulla morte.

**IL CASO DI ROMITA**  
Nessuno indagato a Roma. Il caso di un uomo che ha trascorso 11 anni in un istituto di cura per i pazzi.

**FINCO**  
Quasi per Corneo e Mira. Il caso di un uomo che ha trascorso 11 anni in un istituto di cura per i pazzi.

**OPINIONE VALERIA DEL SENATO AL DISINCHIESTE, IN OTTOBRE ALLA CAMERA**  
Università: stop a rettori e ricercatori a vita. Sbarbicata alle facoltà.

MEDICINA | C'È DEL NUOVO IN SALA OPERATORIA

# Sessualità salva con il robot Da Vinci

Una tecnica innovativa di intervento per il tumore alla prostata, tutta italiana, riduce al minimo il rischio di impotenza.

DI LUCA SCIORTINO

**C**hi non vuole rischiare l'impotenza in un'operazione alla prostata sarà bene che si annoti quello che sta per accadere. Il 29 settembre prossimo, a Bordeaux, nel corso di un meeting europeo di medicina robotica denominato Erus (European robotic urology symposium), Aldo Massimo Bocciardi dell'ospedale Niguarda di Milano presenterà una nuova tecnica di prostatectomia che fa uso del robot Da Vinci. La novità è che il rischio di disfunzione erettile e quello di incontinenza urinaria, in seguito all'intervento, sono

ridotti al minimo; mentre con approcci più tradizionali (basati o meno sui robot) dopo un anno dall'intervento il 40 per cento dei pazienti soffre di questi problemi. Il motivo è che è difficile salvaguardare i fasci nervosi se si vogliono eliminare completamente le cellule tumorali.

L'«approccio Bocciardi», come viene chiamato nelle bozze dell'articolo di ricerca (sarà pubblicato su *European Urology*), consiste nel seguire una via anatomica di accesso alla prostata diversa da quella tradizionale. «È come riparare il moto-

re di una macchina da sotto anziché da sopra, aprendo il cofano, per non strappare i cavi elettrici» spiega Bocciardi. Nelle tecniche di intervento precedenti il chirurgo cercava di risparmiare i nervi cavernosi puntando sulle potenzialità di ingrandimento ottico della tecnica laparoscopica e sull'ampiezza di movimento e di rotazione del braccio robotico. Ma il passaggio degli strumenti avveniva proprio attraverso la zona più a rischio.

«Noi entriamo dalla parte opposta: incidiamo il peritoneo parietale, lo strato che riveste le pareti della cavità addominale, nello spazio tra la vescica e il retto. Isoliamo le vescicole seminali e raggiungiamo l'apice della prostata senza incontrare le fasce nervose» dice Bocciardi. Antonio Galfano, che durante l'intervento sta al tavolo operatorio mentre Bocciardi siede alla console del robot Da Vinci, aggiunge: «Questa tecnica ci per-

mette di passare attraverso un'incisione molto più piccola, quindi meno traumatica e con meno sanguinamento di quella utilizzata normalmente nella prostatectomia robotica».

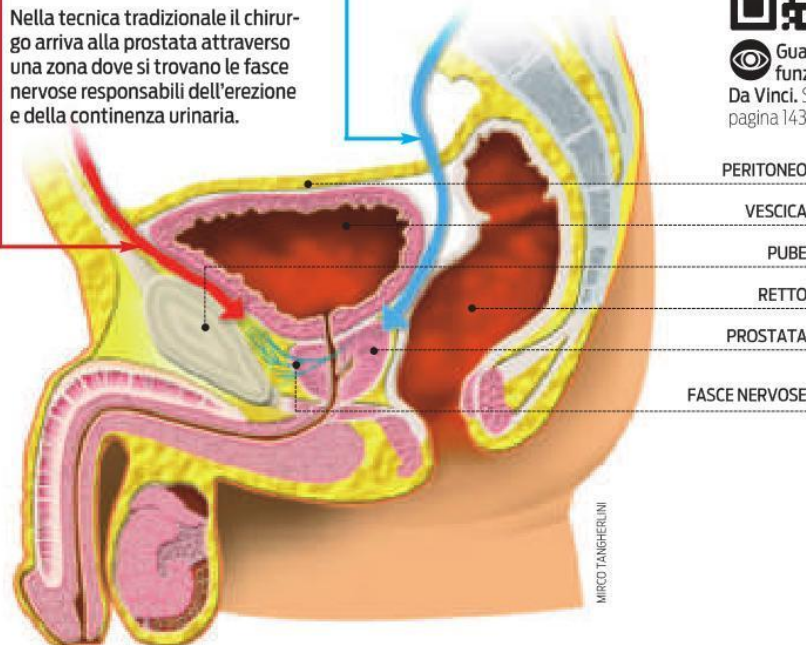
L'intervento è stato effettuato su quindici pazienti al Niguarda e ha dato risultati buoni: a sole due settimane dall'intervento i pazienti operati hanno mostrato piena potenza sessuale e assenza di incontinenza. Una conferma che i progressi in chirurgia sono resi sì possibili grazie all'uso del robot Da Vinci (in urologia venne utilizzato per la prima volta dieci anni fa) ma, come sempre, poi entra in gioco l'abilità del singolo chirurgo. Che fa la differenza. ■

## LA NUOVA VIA DI ACCESSO

Gli strumenti miniaturizzati del robot entrano dalla parte opposta, incidendo il peritoneo parietale, e raggiungono l'apice della prostata senza incontrare le fasce nervose.

## LA «STRADA» VECCHIA

Nella tecnica tradizionale il chirurgo arriva alla prostata attraverso una zona dove si trovano le fasce nervose responsabili dell'erezione e della continenza urinaria.



PANORAMA LIVE



Guarda come funziona il robot Da Vinci. Scopri come a pagina 143 di *Panorama*.

PERITONEO

VESCICA

PUBE

RETTO

PROSTATA

FASCE NERVOSE

→ FATTI

92 | PANORAMA  
5 agosto 2010