

Rassegna del 07/06/2010

STARBENE - Pillola e desiderio, un problema in più? - Pelizzari Alessandro

1

COMPIE
50
ANNI

Il 9 maggio 1960 nasceva il primo contraccettivo ormonale. Da allora il farmaco più famoso fra le donne ha fatto molta strada. Però le italiane continuano a usarlo poco. Perché, malgrado le tecnologie, sono rimasti alcuni interrogativi inevasi. L'ultimo? Che possa interferire con la sessualità

PILLOLA E DESIDERIO

UN PROBLEMA IN PIÙ?



DEDICATO A LEI

a cura di **Alessandro Pellizzari**

Le stime più ottimistiche parlano di un 23%, quelle più prudenti del 16: sono le italiane che utilizzano, come contraccettivo, la pillola. Poche, rispetto alle francesi, inglesi e tedesche (40%). Perché? Ecco i motivi di un "no" che resiste negli anni e che trova nuovi dubbi proprio nelle delicate dinamiche di coppia.

● **Il 60% delle donne la vede come un farmaco.** Secondo la più recente indagine italiana svolta sull'argomento (SWG), chi non usa la pillola (o ha smesso di usarla) lo fa perché ha timori di effetti negativi sulla salute, un classico dubbio al femminile su tutti i farmaci che vanno presi per tempi non brevissimi. Questa principale motivazione di rifiuto si affianca ad altre due, che sono i motivi religiosi (13%) e l'assenza di un partner fisso. In quest'ultimo caso c'entra la prevenzione (la pillola non protegge dalle malattie sessuali, il preservativo sì) ma anche, sottolinea la ricerca, la paura di essere giudicate come donne "che non aspettano altro".

● **L'ultima tegola caduta sulla reputazione della pillola** è però legata a due ricerche scientifiche che sembrano corroborare l'esistenza di un altro effetto indesiderato degli ormoni chimici: il calo del de-

siderio. «Sapevamo che una diminuzione della libido fosse possibile, ma oggi si parla più insistentemente di effetto chimico della pillola, e non solo psicologico», commenta Gabriele Traverso, sessuologo consulente di *Starbene*. «Secondo i ricercatori dell'*Università di Boston* infatti, i contraccettivi ormonali frenano la produzione di testosterone, la sostanza che governa il desiderio sessuale. Tale interferenza porterebbe anche a effetti permanenti sulla libido (studio condotto su 125 donne). Meno catastrofica la ricerca tedesca pubblicata il mese scorso sul *Journal of Sexual Medicine*, condotta su 1086 pazienti e che conclude che le donne che usano ormoni sono statisticamente più a rischio di disturbi nella sfera sessuale delle altre.

● **La verità?** «A parte i presunti effetti chimici, che richiedono ulteriori studi, di sicuro la donna italiana (e latina) vede questo contraccettivo come un approccio troppo farmacologico al sesso. Non solo: poche riescono a viverla come "strumento di puro piacere" e di totale libertà», conclude Gabriele Traverso. Dunque, dopo 50 anni, per la pillola il bilancio costi-benefici in Italia è ancora negativo, sia dal punto di vista chimico che psicologico.

Ormoni nel blister: ma è vero che...

1...Provocano i tumori?

«La pillola non aumenta il rischio di tumore al seno, anche se non è dimostrata una sua azione protettiva», spiega Enrico Semprini, ginecologo e immunologo. «Protegge invece dal cancro dell'ovaio», dice Irene Cetin, ginecologa dell'Osp. Sacco (MI).

2...Si rischia la trombosi?

«Il rischio di tromboembolismo venoso (embolia polmonare) è del 3%, ma cresce se si hanno casi in famiglia, si è obesi o si fuma», spiega il professor Giovanni Agus, angiologo. «I primi sintomi sono la gamba gonfia e dolorante: in questi casi subito dal medico».

3...Chi fuma li può usare?

«Fumo e pillola aumentano il rischio di trombosi venosa», spiega Semprini. «Ma non se ci si limita a fumare al massimo 4 sigarette al giorno, e si è giovani. Se però la stessa donna ha superato i 40, meglio puntare sul preservativo o la spirale, più sicuri in questi casi».

4...Fanno ingrassare e causano la cellulite?

«Per i chili in più dipende dalla predisposizione individuale», dice Cetin. «La pillola non provoca la cellulite ma, contenendo un progestinico, la può rendere più visibile, come nella seconda fase del ciclo», precisa Semprini.

Rassegna del 07/06/2010

STARBENE - In vacanza vado con... - Briganti Rossella

1



Testo di **Rossella Briganti**

Vuoi andare al mare o in giro per città d'arte e non sei in perfetta forma. Ecco cosa devi sapere per affrontare grandi e piccoli disturbi quando sei in trasferta. Dal diabete al colon irritabile, dall'anemia all'allergia di stagione, parti serena con i consigli dei nostri esperti

In vacanza vado con...



...il diabete

Ne soffro in modo leggero. Dovrò stare a dieta di dolci per tutta l'estate?

Patrizia, 45 anni

Occhio a questi cibi. «Se non ti hanno ancora prescritto *farmaci ipoglicemizzanti*, dovrai sfruttare al meglio la vacanza per abbassare la *glicemia* attraverso la dieta e l'attività fisica. Sono queste le "terapie di prima scelta" quando la glicemia a digiuno supera i 126 mg/dl, quella a due ore dal pasto supera i 160 e l'*emoglobina glicata* è superiore al 7 per cento», risponde il dottor Pier Marco Piatti, diabetologo presso l'Ospedale San Raffaele di Milano. Quale dieta? «L'alimentazione ideale prevede la riduzione degli zuccheri semplici (bibite gassate, zucchero bianco, caramelle e dolciumi, ghiaccioli e gelati) e privilegia quelli complessi come i cereali integrali. Giro di vite anche per i grassi saturi (burro, margarine, formaggi, salsicce fresche e insaccati) che fanno impennare i *trigliceridi*, già elevati in caso diabete», prosegue il nostro esperto. «Modera, infine, le bevande alcoliche, che in estate "vanno giù" che è un piacere: chi sa resistere a una birra gelata o il rito dell'happy hour in riva al mare?»

Non solo gli alcolici, compreso il vino, hanno un alto carico di zuccheri ma l'alcol stesso peggiora il metabolismo del glucosio». E se per caso un giorno Patrizia "sgarrasse", con l'aperitivo in terrazza, la cena e la pizzata di mezzanotte con gran finale di dessert? Nulla di grave: le impennate di glicemia non fanno danno se però, il giorno dopo, ci si rimette in carreggiata.

Fai attività fisica. Approfitta della vita all'aria aperta per fare 10.000 passi al giorno, pari a circa 5 km: un'ora di walking per chi cammina spedita, o un'ora e mezza per chi va più lentamente. In alternativa, vanno bene 40 minuti di nuoto, di aquagym, di trekking o di mountain bike.

Hai la pressione alta

Sei da poco in cura con un antipertensivo e hai qualche timore per le tue vacanze? «Rischi reali non ce ne sono. Ma potresti avere qualche disagio solo se scegli di soggiornare stabilmente sopra i 1500 metri o se, facendo delle escursioni in funivia, compirai bruschi "salti" di altitudine (passando, per esempio, dai 900 ai 2500 metri di un



...la candida

**Con i primi caldi
ritorna sempre.
Posso prevenirla?
E in casi "urgenti"?**

Donatella, 27 anni

Evitala così. «Innanzitutto, occhio a non compiere grossolani errori. Poiché le microspore di *Candida Albicans* proliferano in un ambiente caldo-umido, attenzione al microclima delle parti intime», risponde il dottor Giancarlo Balzano, ginecologo esperto in omeopatia e terapie naturali. «L'ideale è rinfrescarsi più volte al giorno, asciugandosi bene dopo il bidet. Al mare o in piscina, vietato scambiarsi gli asciugamani e tenere addosso costumi bagnati o umidicci da far asciugare al sole: meglio cambiarli subito».

Pronto soccorso. Ma che fare in caso di attacco acuto, che provoca un forte prurito? La rosa dei rimedi antimicotici è vasta: se sei in viaggio e non hai farmacie a portata di mano, vanno bene i bidet con acqua e *bicarbonato di sodio* (lo stesso che si usa per favorire la digestione) o acqua e *acido borico*. Utili anche gli impacchi con yogurt bianco. «In farmacia, è possibile acquistare delle bustine a base di *benzidamina cloridrato*, disinfettante che esercita anche un'azione anestetica di superficie: calma il dolore, il bruciore e il prurito intenso tipici delle vulvovaginiti», suggerisce il dottor Balzano. «Poi, per almeno cinque sere, è bene utilizzare degli ovuli vaginali a base di sostanze antifungine (*metronidazolo* o *clotrimazolo*, disponibili anche in associazione), di *calendula* o di *acido borico* (in farmacia, senza ricetta). Nel caso in cui gli ovuli, sciogliendosi, ti diano fastidio, in alternativa usa delle creme, dei gel o delle lavande vaginale contenenti gli stessi principi attivi». Un passepartout da mettere in valigia? Il *Tea tree oil*, ovvero l'olio essenziale di *Melaleuca Alternifolia*: 5 gocce diluite nell'acqua del bidet aiutano a prevenire le ricadute.

rifugio)», risponde Roberto Meazza, cardiologo dell'Università di Milano. «In questo caso, potresti andare incontro a quel vago malessere che gli americani chiamano *dizziness*: senso di stordimento e di "testa vuota", come un leggero capogiro che sconfinava nella vertigine». Che fare? In gita in alta quota, l'unica cosa da fare è scendere subito a valle, mentre se soggiorni "fissa"

sopra i 1500 metri (e il malessere permane dopo i primi giorni di acclimatamento) consulta per telefono il tuo cardiologo. Probabilmente ti suggerirà di associare al tuo antipertensivo un altro di categoria differente, da prendere per tutta la durata del soggiorno alpino. Ci sono almeno sei classi di molecole da scegliere che potenzieranno l'effetto della tua compressa

abituale». Se, invece, hai programmato le vacanze al mare, in una località molto calda, sappi che potrai andare incontro al problema opposto. Le alte temperature, infatti, inducono vasodilatazione e abbassano la pressione. Se, misurandola tre volte, noti che quella alta scende sotto i 100, potrai dimezzare la dose del tuo antipertensivo abituale, se il tuo medico dà l'ok.

Ti manca il ferro

Le donne che soffrono di *anemia sideropenica* (dovuta a carenza di ferro) possono dormire sonni tranquilli. «L'importante è seguire anche in vacanza una dieta appropriata, senza disdegnare la carne rossa, e compensando le carenze con l'assunzione di una capsula al dì da 525 mg di *solfato ferroso*, pari a 105 mg di ferro, meglio se associato alla *vitamina C* per migliorarne l'assorbimento», dice Diana Scatozza, dietologa. Se il ferro prescritto sotto forma di farmaco ti dà la gastrite, prova un integratore naturale a base di erbe ricche di ferro e vitamine del gruppo B (in farmacia). Infine, se non hai ancora scelto la meta delle tue vacanze, dai preferenza all'alta montagna: la rarefazione dell'ossigeno favorisce la sintesi di *eritropoietina* da parte dei reni, e questa stimola a sua volta l'*emoglobina*, costituita principalmente dal ferro. Se invece vai al mare o ai Tropici, sappi che il caldo afoso ha un'azione debilitante, specie se si associa alla pressione bassa. Il consiglio? Tanta ombra e spray di acqua termale per rinfrescare tutto il corpo.



...le emorroidi

**Mi opererò a
settembre, ma
come gestirle
in viaggio?**

Antonietta, 31 anni

In auto fai una pausa. «Per prima cosa, fai attenzione alle "concentrazioni" prolungate di calore, specie se nella posizione seduta. Guidare o viaggiare in pullman per ore, può peggiorare la situazione esponendola a due complicanze: la *trombosi emorroidaria* e lo "strangolamento" delle emorroidi», risponde il professor Antonio Longo, presidente onorario della *Società Italiana di Colonproctologia* e primario presso l'Ospedale Vanni di Roma. «La *trombosi* comporta la formazione, all'interno del canale anale, di una "pallina"

Sei allergica ai pollini

Chi soffre di "raffreddore da fieno" può partire tranquilla? O l'onda lunga dei pollini ti perseguirà anche in vacanza? Purtroppo, l'impollinazione non termina con la primavera. «Chi non sopporta le *Oleacee*, sappia che la loro fioritura si conclude a fine giugno», mette in guardia il professor Luigi Allegra, direttore del Dipartimento toraco-polmonare e cardiocircolatorio dell'Università di Milano. «Se invece si è allergiche alle *Compositae* (tra le quali appartiene l'*Ambrosia*), occhio al secondo picco, previsto tra la fine di luglio e i primi di agosto. Se il tormento è dato dalle *Graminacee*, occorre tenere presente che c'è un ritorno di polline a fine agosto, mentre per la *Parietaria* in luglio e agosto la concentrazione di pollini è ancora altissima in tutto il Sud Italia e lungo la Costa Tirrenica (sicuro, invece, il Nord)». E chi starnutisce per colpa delle *Betullacee*? In Italia e nei paesi del mediterraneo la fioritura è già conclusa, ma chi programma un tour nei paesi nordici (Finlandia, Norvegia, Svezia e Islanda) può "beccarla" in pieno, dal momento che nel Nord Europa è spostata in avanti, proseguendo fino a fine luglio». Il consiglio? Chi soffre di asma allergica deve tenere sempre con sé un broncodilatatore spray e un antinfiammatorio (cortisone o antileucotrenico), associati anche nella stessa bomboletta.

bluastro di grandezza variabile dalla lenticchia al chicco d'uva, che si presenta dura, dolente e facile al sanguinamento. Oltre al caldo prolungato, è dovuta alla tipica stipsi estiva, e allo stress dei lunghi viaggi che provoca un *ipertono anale*. In questo caso, l'ideale sarebbe recarsi a un pronto soccorso per asportare il coagulo con un "taglietto". Nell'attesa di questo piccolo intervento, porta con te degli *antinfiammatori non steroidei* e le compresse da 100 mg di *acetilsalicilico* che, agendo da anticoagulante, evita che la trombosi si estenda.

Previene le perdite. Il secondo rischio è quello dello *strangolamento emorroidario*: i *gavoccioli*, gonfi e dolenti, fuoriescono all'esterno e gli sfinteri, agendo da cappio, impediscono loro di rientrare nel canale anale. Frequenti, in questo caso, le perdite di sangue e di muco biancastro. La cura? Bidet di acqua appena tiepida, che aiuta a rilassare gli sfinteri, insieme al tentativo di far rientrare i gavoccioli con la digitopressione. Localmente, usa pomate a base di *cortisone* e *anestetico locale*: quelle contenenti *ruscogenine*, prescritte abitualmente per le emorroidi, in questo caso infatti non bastano. E se ciò non bastasse, prendi un antidolorifico per bocca fino alla cessazione dei sintomi. Per info, chiama la *Società Italiana di Colonproctologia*: 800-776662.



...il colon irritabile

La mia pancia fa le bizze e a luglio andrò sul Mar Rosso. Sorprese?

Nadia, 34 anni

Scopri la causa dei tuoi disturbi. Premette il professor Giovanni Gasbarrini, primario di gastroenterologia al *Policlinico Umberto I* di Roma: «Prima di partire, consiglio di indagare sul perché l'intestino si irrita facilmente, manifestando gonfiori, meteorismo e alternanza di stipsi e diarrea (in genere si parla di colon irritabile, ma è una definizione impropria perché anche il *tenue* è coinvolto nel problema)», risponde il professor Giovanni Gasbarrini, primario di gastroenterologia al *Policlinico Umberto I* di Roma. «Le cause più frequenti sono due: la prima è un'intolleranza a sostanze contenute negli alimenti, quali il *lattosio* del latte (ben il 70 per cento delle persone risulta intollerante, ma solo il 30 per cento sa di esserlo) o il *sorbitolo*, impiegato come dolcificante di chewing-gum e caramelle. Una volta esclusa, con opportuni test sul sangue, la presenza di un'intolleranza alimentare, occorrerà verificare se c'è un *dismicrobismo*. Ovvero uno squilibrio cronico del cosiddetto *microbiota*, l'insieme della flora batterica intestinale che pesa circa un chilo e mezzo. Spesso il *microbiota* è alterato, per svariate cause: stress, abuso di farmaci, diete incongrue, precedenti gastroenteriti, ingestioni di cibi avariati. Per scoprirlo, basta fare il *Breath test*, o *Test del Respiro*, che analizza, in modo semplice e indolore, la composizione dell'aria insufflata in una provetta.

Occhio alle infezioni. Accertare perché il proprio intestino è spesso in subbuglio richiede tempo, esami e disponibilità. Chi ha già il biglietto d'aereo pronto e desidera rimandare gli esami a dopo le vacanze, sappia che la presenza di un'intolleranza alimentare o di un *dismicrobismo* abbassa le difese immunitarie dell'intestino. Il rischio, quindi, è quello di andare incontro a infezioni alimentari, specie se si soggiorna in paesi dalle norme igieniche precarie. La prevenzione? Consumare frutta, verdura, pesce e carne ben cotte; bere solo acqua minerale; evitare cibi esotici mai assaggiati (l'intestino irritato è un abitudinario) così come le salse e i dolci a base di uova fresche. In caso di *dissenteria*, è bene farsi prescrivere prima di partire un antibiotico a effetto locale non riassorbibile (*rifaximina*), da assumere per sette giorni, e delle capsule di probiotici (l'ideale è il *lactobacillus vulgaris*) da prendere mattino e sera per 15 giorni.



Nella guerra contro i tumori a rischio l'esercito dei medici

Strutture e personale "minacciati" dai tagli

ELENA DUSI

ROMA — Delle tre gambe su cui poggia la lotta contro i tumori in Italia — strumenti, farmaci e camici bianchi — è la terza quella che rischia di traballare di più con la manovra. Le misure del ministro Tremonti rischiano infatti di accorciare una copertura già ridotta dal blocco dei turn over negli ospedali italiani, entrato in vigore di fatto da un paio di anni. I quasi 1.200 medici oncologi che lavorano oggi nelle strutture pubbliche in Italia rischiano di non bastare in futuro a fare fronte ai 2 milioni di malati di cancro e ai 250 mila nuovi casi che si presentano ogni anno.

L'allarme è stato lanciato due giorni fa dai medici dell'Aiom (As-

sociazione italiana oncologici medici) dal palco del congresso mondiale dell'Asco a Chicago. Ma è con il Libro Bianco sulle strutture della penisola che l'Aiom entra nei dettagli del problema, analizzando i mezzi e le strategie di cui l'Italia dispone per fronteggiare una malattia che provoca un decesso su tre e il 10% dei ricoveri in ospedale.

«Negli ultimi anni abbiamo fatto grandi sforzi per metterci al passo con gli strumenti di diagnosi e terapia. Ma rischiamo di non avere abbastanza personale per far funzionare le macchine» spiega preoccupato Giovanni Bernar-

do, segretario dell'Aiom e primario di oncologia medica nell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico della fondazione Maugeri a Pavia. «Siamo riusciti quasi ad azzerare i viaggi della speranza all'estero. Restano però in parte le

migrazioni dei pazienti dal sud al nord Italia». E in effetti dei 230 reparti di oncologia censiti dal Libro Bianco, 104 si trovano al nord, 61 al centro e 65 fra sud e isole.

I dati del Libro Bianco confermano che il 90% delle strutture

pubbliche di oncologia in Italia dispone oggi di apparecchi per la risonanza magnetica, il 32% ha almeno una Pet per la tomografia e il 61% è dotato di scintigrafo. Nel 2003 il dato della risonanza magnetica era fermo al 51%. La foto-

grafia è meno rosea per la radioterapia, presente nel 60% delle 230 strutture ospedaliere per la lotta ai tumori. «Ma è illogico — sottolinea Carmelo Iacono, che dell'Aiom è presidente — investire ancora in macchinari quando non abbiamo il personale per farli funzionare con il massimo dell'efficienza». La manovra rischia infatti di azzerare i passi avanti fatti negli anni scorsi, quando il numero dei medici strutturati per ogni reparto era salito agli odierni 5,5 (di cui 5,2 oncologi) rispetto ai 4 del 2001 (di cui 3,4 oncologi).

Anche il successo degli apparecchi rischia di essere effimero, in un settore come la lotta al cancro dove la tecnologia è in rapida evoluzione. E la situazione potrebbe sfuggire di mano se i guar-

La media degli specialisti per reparto era in salita, ma ora la crescita si fermerà

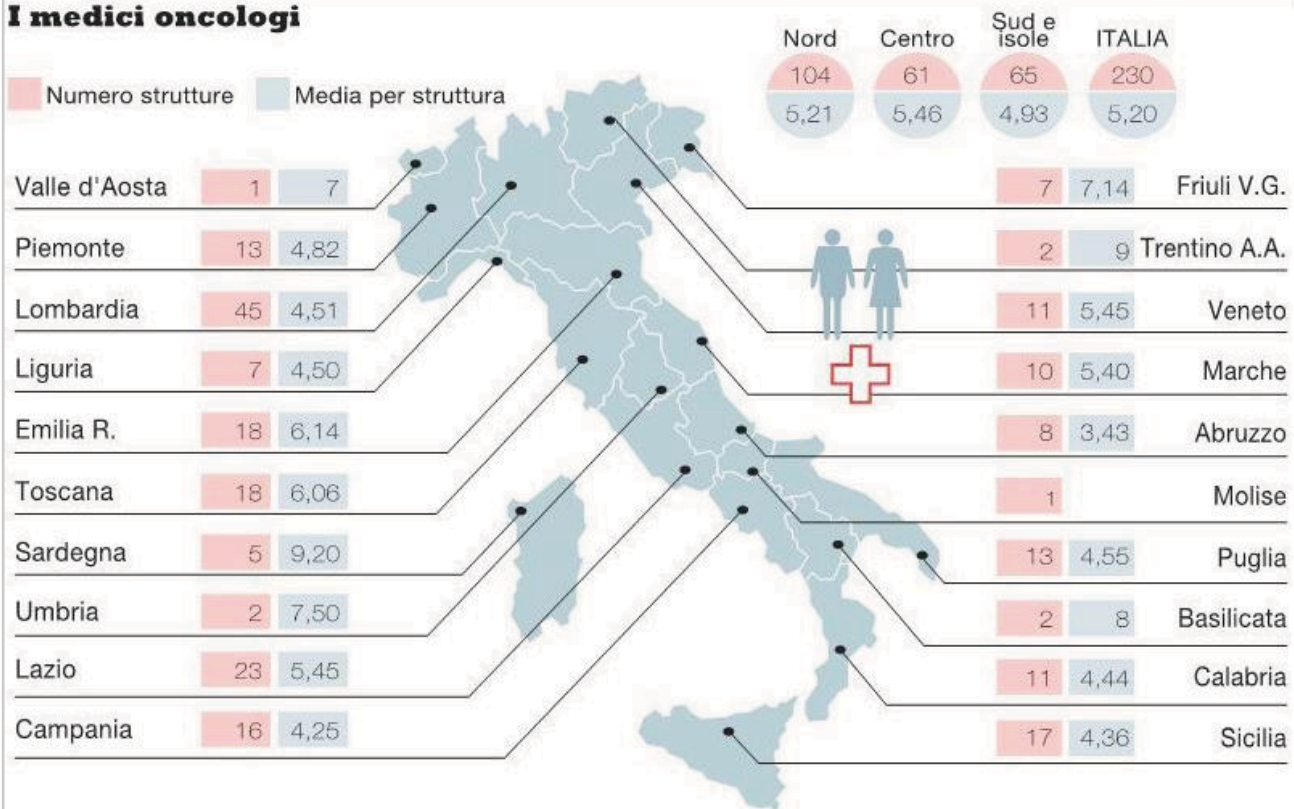
L'allarme degli oncologi: "Inutile investire in macchinari, non c'è chi può utilizzarli"



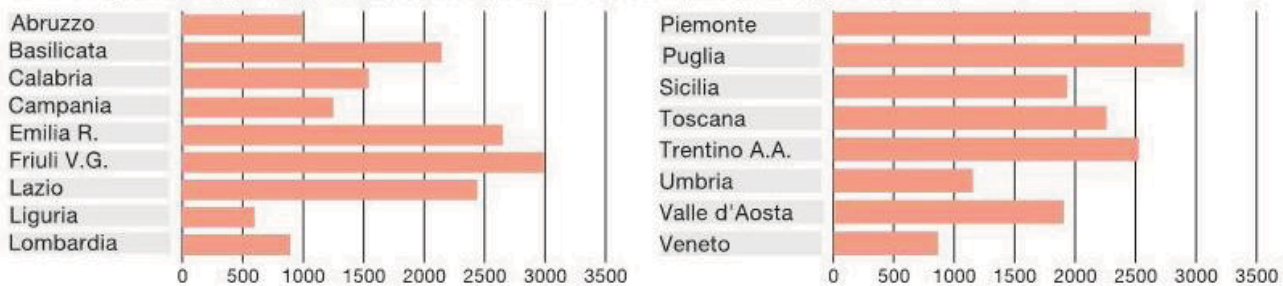
da alla spesa per i farmaci, un settore in cui i consumi sono difficilmente comprimibili. Nel 2008, calcola il Libro Bianco, le medicine contro i tumori sono costati al servizio sanitario nazionale oltre mezzo miliardo di euro, il 90% in più rispetto al 2004 (in confronto, il costo del personale sempre nel 2008 è stato di 264 milioni di euro). «I farmaci diventano più innovativi ed efficaci ma anche più costosi» conferma Bernardo. «Di sicuro però, nel nostro paese, non vengono negati a chi ne ha bisogno. Questo è un punto fermo cui non rinunceremo mai».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I medici oncologi



Il Sud primo per spesa (Costi del personale nel 2008, media in migliaia di euro)





**FORUM
DELLE
PROFESSIONI**

La guerra dei farmacisti contro la cura Tremonti “Un taglio da 420 milioni”

«Se il Parlamento darà corpo alle 4-5 proposte in stand by per riformare le farmacie come centro polifunzionale di servizi vicino al territorio, allora questi tagli potranno essere affrontati». Il Presidente della Federazione dei farmacisti Andrea Mandelli gioca la carta della diplomazia nello scontro tra farmacie e Governo, scatenato dalla manovra finanziaria. Purché la dieta imposta abbia come contraltare la promessa innovazione della professione. «Ci preoccupano - riprende Mandelli - eventuali impatti negativi sull'occupazione e sulle farmacie di piccole

dimensioni». Quindi se la farmacia deve essere il «perno del nuovo modello di assistenza sul territorio è necessario che alla riforma, ora in discussione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, siano apportate le integrazioni necessarie per la stabilità del sistema».

Diverso il tenore della risposta di Federfarma, il sindacato di categoria, che reputa la manovra di Tremonti «iniqua e insostenibile». La stima è di un taglio per 420 milioni di euro l'anno e il rischio di chiusura per una impresa su 5. Oggi a Roma è stata convocata, d'urgenza, l'Assemblea

Nazionale per decidere quali iniziative adottare per ottenere modifiche al testo. Per contenere la spesa sanitaria, secondo Federfarma le farmacie «pagheranno il contributo più alto» (riduzione del 3,65% sul prezzo dei farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario e del 12,5% per i farmaci generici ndr.). Così l'assistenza farmaceutica dice la Presidente Annarosa Racca, «diventa una partita in perdita».

(r. paol.)

GIU' LE MANI DALLE CASSE

In questi giorni di forti polemiche sul decreto varato dal Governo contro la crisi, abbiamo inviato una lettera al Presidente del Consiglio per ricordare che la Cassa forense e, più in generale, le Casse professionali, non possono rientrare nella manovra economica nemmeno per il riferimento all'elenco ISTAT. È bene sottolineare che nel 1994 con un apposito decreto legislativo venne disposta la trasformazione degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza in soggetti privati.

Se l'obiettivo dell'Esecutivo è, quindi, il contenimento della spesa non si capisce come si possa puntare il dito su enti privati che non usufruiscono di finanziamenti o di altri ausili pubblici, anche di carattere finanziario, che sono organizzati sulla base di un circuito che si potrebbe definire «chiuso» dal punto di vista finanziario e che non gravano in nessun modo sul bilancio generale.

Le Casse private professionali non incidono in alcun modo sull'erario e quindi sul livello della spesa «pubblica» e sul «patto di stabilità e di crescita» che vincola il nostro Paese e che trova il suo fondamento nell'articolo 104 del Trattato dell'Unione Europea, l'iscrizione, quindi, nell'elenco delle pubbliche amministrazioni è illegittimo per la configurazione giuridica formale, e, soprattutto, sostanziale. Sono queste ragioni più che fondate per fare escludere anche esplicitamente questi enti dalla manovra economica per la parte che riguarda le Amministrazioni Pubbliche. È bene, infine, rilevare che la natura privata delle Casse private non è stata mai messa in discussione dai Ministeri vigilanti (Welfare, Economia, Giustizia) ed è questo il pilastro su cui poggia l'autonomia gestionale e normativa unanimemente riconosciuta.

Maurizio de Tilla

QUANDO NASCE UNA NUOVA PROFESSIONE

Un falso problema ha alimentato l'ampio dibattito delle ultime settimane. La nascita di una nuova professione o di una nuova attività professionale per la riforma della revisione legale introdotta dal dlgs 39/2010. Si tratta di una attività tradizionale, quella di revisore, vecchia quanto il mondo delle imprese che da oggi viene regolamentata diversamente ed in modo uniforme nell'Unione Europea. Con nuovi percorsi di accesso, nuove modalità di gestione dell'elenco e altre innovazioni. La definizione dei criteri di svolgimento della verifica dei requisiti in capo ai revisori, distinti tra società private ed Enti pubblici. Molto più



interessante concentrarsi sul principio della qualità. Sotto tale profilo, l'introduzione del limite agli incarichi è auspicabile, altrimenti si sancirebbe l'esistenza della categoria degli iperattivi oltre alle due disciplinate dalla legge: attivi (con almeno un incarico) e inattivi (senza incarichi). Incarichi plurimi a scapito della qualità ed in taluni casi della effettività dei controlli. Sotto tale profilo i commercialisti più giovani potrebbero recuperare spazi importanti superando casi di fortissima concentrazione su autentici campioni o collezionisti di postine gli organici di revisione (fino a 70, da fonti Cerved). Vi è da chiedersi come è possibile effettuare dei controlli accurati se le riunioni minime sono almeno quattro per ogni società, senza contare la necessaria presenza nei CdA. Evidente che i controlli o non si fanno o si fanno in modo virtuale. Da qui la richiesta del nostro sindacato al Ministero Economia di tenerne conto nell'elaborazione dei regolamenti riguardanti il controllo di qualità di cui all'art. 20 del decreto. Non ci può essere qualità nelle verifiche se non si pongono limiti agli incarichi che ogni revisore può assumere. Con un limite di diecisi potrebbe-

ro impiegare il sessanta per cento dei revisori con un numero di incarichi di cinque a testa. Con evidenti vantaggi di crescita culturale oltre che di esperienza dei professionisti e di qualità dei controlli con effetti benefici sul sistema economico.

Stefano Stanzone

I PAGAMENTI AGLI INGEGNERI

Sono un ingegnere che opera come libero professionista da oltre 20 anni. Vorrei sfatare due purtroppo radicati luoghi comuni: i professionisti sono in larga parte di centro-destra e non pagano le tasse. Sono sempre stato vicino all'area culturale della sinistra, spostandomi anzi con gli anni su posizioni via via più radicali. Moltissimi ingegneri ed architetti, che ho occasione di frequentare per motivi di lavoro, hanno senza dubbio lo stesso mio orientamento. E non si creda che i nostri livelli di reddito siano particolarmente elevati: ad eccezione di qualche nome di spicco, la maggior parte di noi appartiene alla cosiddetta "classe media", e non perché non paghiamo o eludiamo le imposte. La maggior parte di noi lavora con imprese: assicuro che, non solo per me, tutti i lavori eseguiti sono regolarmente fatturati, e quindi soggetti alle imposte dovute. Forse qualcuno che lavora con i privati farà qualcosa in nero, ma si tratta di una percentuale davvero scarsa. Sono convinto che il paga-

mento delle imposte sia un dovere sociale, quindi non lo sento come un balzello che lo stato impone. Noi non abbiamo uno stipendio a fine mese né forme di protezione sociale: quando c'è una recessione economica—come adesso—siamo i primi a perdere il lavoro.

Sulla riforma delle professioni, non nascondo che il dibattito sulle "tariffe minime" mi lascia abbastanza indifferente. Sono impor-

tanti soltanto per le gare d'appalto pubbliche: ma nell'interesse della committenza, soprattutto, per evitare di assegnare lavori a soggetti che svolgeranno l'incarico in maniera inadeguata. Nei rapporti

professionali usuali, le tariffe minime non si sono mai applicate: sono solo state un riferimento di valutazione.

Il vero problema della nostra categoria è la certezza dei paga-

menti! Prima di lavorare con un nuovo cliente, dobbiamo acuire le nostre capacità psicologiche per capire se ci pagherà alla fine del lavoro! Per non parlare delle commesse con Enti Pubblici, i cui pagamenti possono ritardare anche per anni! La situazione è spesso per noi drammatica, in quanto si tratta di incassi essenziali per noi ed i nostri collaboratori. Spesso non abbiamo una solidità finanziaria che ci permetta di attendere mesi o anni. Il recupero del credito da clienti che non ci pagano è in genere da evitare: i tempi della giustizia civile si misurano in anni, durante i quali occorrerà di-

mostrare, per mezzo di perizie tecniche richieste dal giudice, che il lavoro svolto era svolto correttamente. Dopo anni, alla fine della causa, il giudice riconoscerà che la nostra ragione non è totale, dovremo pagare gli avvocati, i periti, avremo impegnato tempo per raccogliere documentazione, spiegare, dimostrare... Recupereremo una piccola parte di quanto dovutoci, a fronte di una preoccupazione che sarà durata per anni... E' quindi chiaro cosa vuol dire per noi "riforma della giustizia", quella davvero urgente, e non le fandonie politiche sulla riforma della giustizia penale.

Mauro Petriccione



Offshore

a cura di Ivo Caizzi

L'Europa indaga sull'emergenza suina

Emergono dubbi e sospetti di «stangata» dietro i miliardi spesi d'urgenza per i vaccini

Rischia di esplodere uno scandalo sui sospetti di «stangata» che coinvolgono le principali industrie farmaceutiche riuscite a vendere — alle loro condizioni — vaccini per miliardi di euro ai governi, pressati dagli allarmi dell'Organizzazione mondiale della sanità di Ginevra (Oms) e della Commissione di Bruxelles sulla diffusione dell'influenza suina H1N1 poi risultati esagerati.

L'Assemblea parlamentare dei 47 Paesi aderenti al Consiglio d'Europa di Strasburgo, nella sessione del 24 e 25 giugno prossimi, ha in programma di discutere il rapporto del britannico Paul Flynn molto critico sulla gestione di questa presunta emergenza sanitaria.

Nell'Europarlamento dei 27 Paesi dell'Unione europea è in corso un braccio di ferro che vede da una parte i due principali gruppi, i popolari del Ppe e i socialisti S & D, e dall'altra i liberali Alde, i verdi e i comunisti.

Una prima richiesta di commissione politica sulla gestione dell'allarme sull'influenza H1N1 nelle istituzioni dell'Ue, sottoscritta da oltre 200 eurodeputati (più di un quarto dell'Assemblea), è stata frenata dai vertici del Ppe e dei socialisti. Ma un eurodeputato verde, la francese Michèle

le Rivasi, ha annunciato che verrà ora sollecitata una commissione d'inchiesta contando sul sostegno trasversale ai gruppi dei firmatari della prima proposta.

Il ministro italiano della Sanità, **Ferruccio Fazio**, durante un Consiglio dei ministri a Lussemburgo, aveva indicato in circa 800 milioni di euro la somma stanziata dal governo italiano per l'acquisto di vaccini per l'influenza H1N1.

Nel rapporto del Consiglio d'Europa emerge un'analisi critica della gestione della ventilata «pandemia» dell'influenza H1N1, principalmente in relazione alla scarsa trasparenza che avrebbe accompagnato alcune decisioni delle autorità nazionali, europee e internazionali.

Il britannico Flynn denuncia lo spreco di enormi somme di denaro pubblico, la diffusione di paure ingiustificate tra i cittadini, seri rischi per la salute provocati dai vaccini e dai medicinali non adeguatamente testati prima di essere autorizzati con procedure accelerate, la distorsione delle priorità dei servizi sanitari pubblici in tutta l'Europa. Viene considerata necessaria un'operazio-

ne «verità» delle autorità sanitarie per riguadagnare la fiducia dei cittadini.

Spuntano dubbi sulla credibilità della Oms di Ginevra e della Commissione di Bruxelles. «Il problema degli esperti e delle persone che consigliano le istituzioni europee, e di eventuali conflitti d'interessi di questi esperti con l'industria, è un'altra questione centrale», ha affermato Rivasi, segnalando che la Francia ha ordinato ben 94 milioni di dosi del vaccino. Proprio le conseguenze politiche per i governi esposti nel sostenere la necessità di fare incetta di vaccini (affrontando i relativi esborsi di denaro pubblico in periodo di crisi) sarebbero dietro il freno dei vertici del Ppe e degli eurosocialisti a un'indagine approfondita sul caso H1N1.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità
Il ministro
**Ferruccio
Fazio:**
l'Italia ha
stanziato
800 milioni
per l'H1N1



Bioetica, dopo il caso Eluana
ecco il rapporto ministeriale

“Lo stato
vegetativo
non esclude
la coscienza”

ALBERTO CUSTODERO
A PAGINA 15

“Anche chi è in stato vegetativo può essere cosciente”

Il rapporto degli esperti ministeriali dopo il caso Eluana. Rocella: ora via alla legge

ALBERTO CUSTODERO

ROMA — «Non si può escludere la presenza di elementi di coscienza» nei pazienti in stato vegetativo. Ma il «livello e la qualità di tali elementi di coscienza variano verosimilmente da paziente a paziente, anche indipendentemente dal contesto ambientale». Contrariamente a quanto finora sostenuto, («lo stato vegetativo è caratterizzato dalla mancata coscienza di sé e dell'ambiente»), è questa la conclusione destinata a fare discutere alla quale è giunto il «gruppo di lavoro sullo stato vegetativo e di minima coscienza» istituito dal ministero della Salute dopo il caso di Eluana Englaro. È presieduto dal sottosegretario Eugenia Rocella. All'indomani della morte di Eluana, Berlusconi — dopo aver espresso la sua contrarietà «all'eutanasia di Stato» — annunciò che «il vuoto normativo sul tema del fine vita» non sarebbe stato più lasciato «all'interpretazione della magistratura» ma sarebbe presto stato «colmato da una legge». Proprio mentre il nuovo testo della norma sul biotestamento è in dirittura d'arrivo alla Camera, il «documento finale» del «gruppo di lavoro Rocella» (insieme al «Libro bianco» redatto dalle Associazioni), arriva a fargli da corollario tecnico-etico-scientifico. E

a denunciare una grave lacuna strutturale nel sistema sanitario nazionale: «Nella maggior parte delle regioni — sostengono gli esperti — non sono stati attivati veri percorsi regionali istituzionalizzati per la corretta gestione sanitaria delle gravi cerebrolesioni acquisite». Il trend dei malati in stato vegetativo dal 2002 ad oggi è in continuo aumento, anche se rimane ancora alto (fino al 42,3 per cento), la percentuale delle errate diagnosi. Per il futuro, dunque, si «raccomanda» l'istituzione di un «registro nazionale dei disturbi prolungati di coscienza con segnalazione obbligatoria dei casi».

Ma il punto nodale dello studio è quello che spiega come il medico, la società e l'opinione pubblica devono porsi nei confronti di questi particolari malati «con gli occhi aperti» la cui «sopravvivenza necessita di idratazione e nutrizione assistita». Ma che non sono in «coma alternando il sonno alla veglia».

Quando ci si avvicina ai loro letti per curarli e studiarli, dicono i «saggi» del ministero, «si compie una scelta etica fondata sia sul rispetto della persona, sia sul duplice rifiuto dell'abbandono assistenziale e dell'accanimento terapeutico». Il che, tradotto, significa: «per rispetto della persona» non vaso-

spesa l'alimentazione assistita come avvenuto nel caso di Eluana («rifiuto dell'abbandono assistenziale»). Ma non bisogna ostinarsi in cure e trattamenti sproporzionati («rifiuto dell'accanimento terapeutico»), rispetto all'eventuale concreto risultato in termini di qualità ed aspettativa di vita. A tal proposito, il «gruppo di studio Rocella» è convinto che «il miglioramento dei modelli assistenziali e la ricerca scientifica possano offrire un importante contributo per far crescere l'efficienza in sanità, al fine di garantire maggiori livelli di giustizia per tutti i cittadini fondati su principi di equità e solidarietà all'interno del corpo sociale. E per far avanzare il livello complessivo di civiltà del Paese».

Per gli esperti della commissione ministeriale (Gianluigi Gigli, Antonio Carolei, Paolo Maria Rossini e Rachele Zylberman), infine, questi pazienti caratterizzati dalla «mancanza di coscienza del sé e dell'ambiente», in realtà, percepiscono il dolore. Nel loro stato di «incoscienza a occhi aperti» soffrono, pertanto il «gruppo di lavoro» raccomanda di «estendere la prescrizione di antidolorifici

a tutti quelli in stato vegetativo ai quali siano diagnosticate verosimili fonti di dolore come accessi e piaghe da decubito».


© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nella maggior parte delle regioni non ci sono attrezzature per le cerebrolesioni acquisite

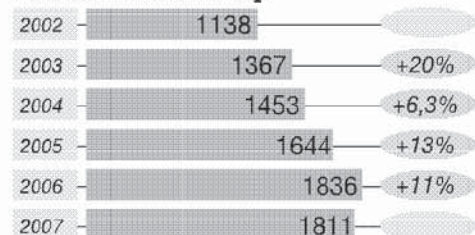
Questi pazienti percepiscono il dolore: quindi vanno trattati con medicine adeguate



I numeri

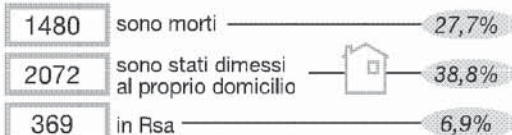
1.500 in Italia sono in condizioni di "bassa responsività" 
 pazienti (svp e smc: stato vegetativo persistente, stato di minima coscienza)

Pazienti dimessi in svp



Quinquennio 2002-2006

Dei **5344** pazienti svp:




Cause dello svp

- 1 Emorragia cerebrale
- 2 Insufficienza respiratoria acuta
- 3 Danno encefalico da anossia 
- 4 Postumi da traumatismi intracranici

50-70

la % dei pazienti in stato vegetativo post traumatico recupera le attività di coscienza

La sopravvivenza supera i **5 anni** 

L'errore diagnostico di svp e smc va dal **18-43%**

Gli stati

Coma

- Abolizione della coscienza e delle funzioni somatiche con alterazioni del controllo e della regolazione delle funzioni vegetative e della vita di relazione.

Il paziente è immobile a occhi chiusi

Stato vegetativo

- Perdita di coscienza, ritmo sonno-veglia, conservazione delle funzioni ipotalamiche e troncoencefaliche.

Il paziente giace ad occhi aperti

Locked-in syndrome

- (uomo incarcerato)
- **paziente vigile** ma con gravi deficit motori e movimenti oculari

Morte cerebrale

- **Incoscienza**, assenza di riflessi del tronco encefalico, **assenza di respirazione spontanea**, assenza di attività elettrica cerebrale

Le situazioni

Accanimento terapeutico

- quando gli interventi sono straordinari per il paziente che **non potrebbe trarne beneficio**

Alimentazione assistita

- Per chi non si può nutrire da solo: sondino naso-gastrico, sonda nello stomaco e via parenterale. **Non è una terapia medica.** È accanimento quando non è più assimilata dal paziente o ne peggiora le condizioni

Eutanasia

- **Attiva:** quando si somministra un preparato che **provoca la morte**
- Omissiva:** quando si sospendono cure e/o alimentazione. In Italia reato di omicidio volontario o suicidio assistito

Persone umane

- Il paziente in stato vegetativo permanente non è un vegetale ma una persona umana **con pieni diritti** (Cassazione)

I casi



WELBY
 A Piergiorgio Welby è stato staccato il respiratore nel 2006



ENGLARO
 A Eluana è stata sospesa la alimentazione nel 2009 dopo 17 anni in s.v.

Ricerca

Costruita in laboratorio, utilizzando cellule staminali, una retina sintetica

A pagina 50

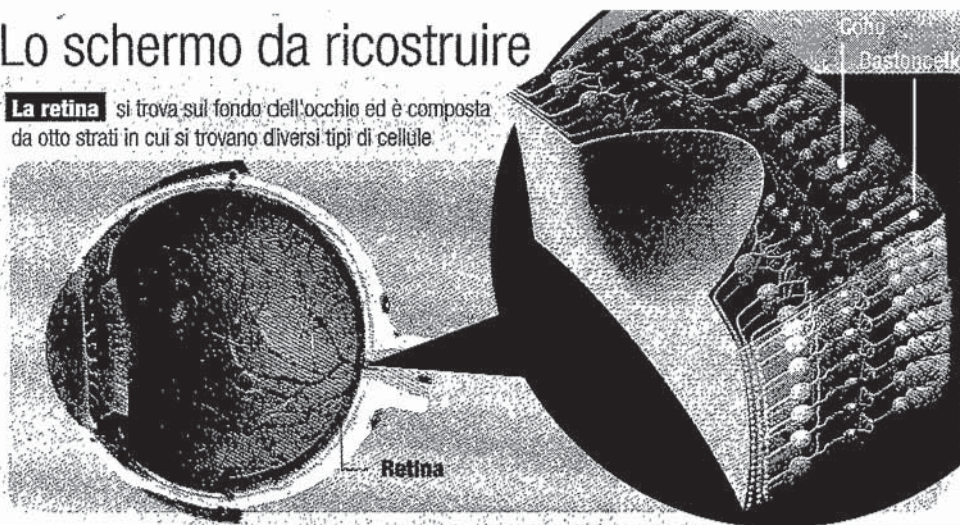
Staminali Per la prima volta ottenuto in vitro un tessuto tridimensionale

Creati in laboratorio gli otto strati della retina

Passo importante: ma una possibile cura è lontana

Lo schermo da ricostruire

La retina si trova sul fondo dell'occhio ed è composta da otto strati in cui si trovano diversi tipi di cellule



ftb: Marka

IRWIN ALLAS

Hans Keirstead del *Gross Stem Cell Center* dell'università di Irvine, in California, ha da anni un chiodo fisso: riuscire a rigenerare dalle staminali embrionali i tessuti del sistema nervoso centrale.

In questi giorni ha annunciato di aver realizzato una retina a otto strati, ed è la prima volta che si ottiene in vitro un tessuto tridimensionale a partire da cellule staminali. La tecnica messa a punto dallo scienziato californiano, descritta su uno dei prossimi numeri di *Journal of Neuroscience Methods*, consente di differenziare le staminali embrionali nei diversi tipi cellulari che compongono gli strati della retina grazie a una "vaschetta" speciale in cui le staminali vengono immerse. Qui trovano un gradiente microscopico dei fattori di crescita e differenziazione per ciascun tipo cellulare: nel pri-

mo straterello di liquido si concentrano i fattori che aiutano a formare i coni, nel successivo quelli per avere i bastoncelli e così via.

Keirstead ha così ottenuto uno strato tridimensionale di cellule che esprimono i marcatori tipici dei diversi tipi cellulari della retina nei primi stadi di sviluppo.

È un po' presto per dire che sia una vera retina, sottolinea Michele De Luca, direttore del Centro di Medicina Rigenerativa dell'Università di Modena e Reggio Emilia: «È bene non alimentare false speranze: non è affatto detto che una retina simile, seppure anatomicamente "giusta", funzioni. Gli esperimenti sono ancora alla fase di laboratorio, non sappiamo di fatto se la retina così creata in California possa restituire un po' di vista a un animale da esperimento, men che meno se

possa farlo nell'uomo».

«Tanti cercano di produrre in vitro tessuti complessi, — aggiunge De Luca — ma nessuno è finora riuscito a ottenerne di funzionanti, che è quello che interessa in clinica. Senza contare i rischi connessi all'uso delle staminali embrionali: possono portare alla formazione di teratomi, tumori di origine embrionaria».

Il ricercatore californiano ha iniziato a trapiantare le sue retine negli animali, fra qualche tempo vedremo con quali risultati. Per ora sembra davvero presto per giurare che questa sia la strada giusta per rendere la vista a chi ha la retina danneggiata a causa di una maculopatia, di una retinite pigmentosa, oppure come conseguenza di un trauma.

«Il cammino per arrivare

all'uomo è molto lungo e non bisogna farsi illusioni — conferma Paolo Vinciguerra, responsabile dell'Unità di Oculistica dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Milano) —. Per di più, se anche otterremo retine da cellule staminali, potranno essere impiegate su pazienti selezionati, con malattie ereditarie-distrofiche in cui solo alcuni strati della retina sono compromessi. Le retine da staminali serviranno, cioè, per riparare piccole aree in un'anatomia per il resto integra. Perché le nuove cellule,



per funzionare, avranno bisogno di un ambiente oculare favorevole: con un tessuto scompaginato le probabilità di riuscita sarebbero vicine allo zero».

Qualche passo in più è stato fatto con le retine artificiali, su cui esiste anche un progetto di ricerca del governo americano: ce ne sono di vario genere (a celle solari, biolettrodi, microchip), alcune sono già state impiantate su pazienti con qualche risultato.

«Non esiste però nulla che sia in grado di far tornare a vedere davvero bene — precisa Paolo Vinciguerra —. Il nostro occhio è come una telecamera da miliardi di pixel, questi sono rudimentali strumenti da poche centinaia di pixel. E devono essere del tutto biocompatibili, altrimenti nel lungo termine potrebbero provocare reazioni oculari (ad esempio, fibrosi retiniche) che vanificherebbero i risultati».

«Gli studi, però, — conclude Vinciguerra — si moltiplicano e le novità sono incessanti e positive: a piccoli passi ci stiamo avvicinando all'obiettivo di restituire la vista a chi non ce l'ha. Un po' di ottimismo è lecito, ma occorre prudenza e soprattutto, ancora per anni, tanta pazienza».

Francesca Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tentativi

Tanti cercano di produrre in vitro tessuti complessi, ancora non se ne sono ottenuti di funzionanti

TRAPIANTI**In Lombardia record di donatori di organi seguono Toscana ed Emilia Romagna****Carmine Spadafora**

■ L'Italia è ormai stabilmente uno dei maggiori paesi al mondo per il numero di trapianti di organo eseguiti (per milione di abitanti). Sono stati ben 3.163 nel 2009, con un incremento pari al 10,7 per cento rispetto al 2008. Identico discorso va fatto per il numero dei donatori utilizzati, cresciuto del 14,1 per 100, passando dai 1.094 del 2008 ai 1.167 del 2009.

Delle donazioni di organi e dei trapianti, sulla sicurezza degli interventi e le nuove opportunità terapeutiche per migliorare la qualità dei pazienti, si è discusso a Napoli nell'ambito del secondo Congresso nazionale della Società italiana per la sicurezza e la qualità dei trapianti (Sisqt), presieduto dal professor Franco Filipponi, presidente del (SISQT) e direttore del dipartimento di trapiantologia epatica dell'Università di Pisa.

La distribuzione dei donatori

in Italia è disomogenea: la Lombardia, ad esempio è la regione che nel 2009 ha contato il numero più alto di donatori: 232, mentre al secondo posto c'è la Toscana con 172, poi l'Emilia Romagna con 118 e il Piemonte con 121. Volendo considerare i donatori secondo l'indice «PMP» (per milione di popolazione), figura la Toscana che detiene il primato (46,8 PMP), seguita dalla provincia autonoma di Tren-

DONAZIONI Presentata a Napoli la Carta per la sicurezza, uno strumento importante per le Regioni

to (30 PMP), dal Friuli Venezia Giulia (36) e dalle Marche (33,5). Il «buco nero» nelle donazioni e nei trapianti, ancora una volta è rappresentato dal Sud Italia. Nel percorso di donazione, un ruolo fondamentale è ricoperto dal coordinamento locale

medico ed infermieristico: sono le figure professionali che assieme al rianimatore inviano la segnalazione della presenza di un donatore nel reparto di rianimazione. Al congresso di Napoli è stata presentata anche la Carta per la sicurezza. «Si tratta di uno strumento che può aiutare concretamente tutte le regioni a migliorare il proprio livello donativo, riducendo quegli enormi divari di opportunità che ancora esistono sul territorio», spiega il professor Filipponi. Uno degli argomenti trattati nel corso del congresso ha riguardato la nuova immunoglobulina. La ricerca medica ha messo a punto una nuova opportunità terapeutica per prevenire la reinfezione da virus dell'epatite B (HBV) in pazienti sottoposti a trapianto di fegato per insufficienza epatica provocata dal virus stesso. Si tratta di una immunoglobulina autosomministrabile sottocute una volta a settimana, in modo indolore e autonomo.



Verso lo stop in due giornate: 12 e 19 luglio

Anche i medici incrociano le braccia: si smantella la sanità

LA STRETTA CONTESTATA

Bloccati aumenti per 1,7 miliardi: per i medici pubblici significa 3-5mila euro a testa. Stop anche a scatti di anzianità e notturni

ALLARME OSPEDALI

La preoccupazione delle regioni per il rischio paralisi: 78mila unità in meno fino al 2014 con lo stop al turn over, via 5mila precari

Roberto Turno

ROMA

Mercoledì tutti davanti al Senato e poi, se non incasseranno risultati, due giornate di sciopero il 12 e il 19 luglio. Perché «così si smantella la sanità pubblica». I sindacati dei 110mila medici pubblici fanno muro contro la manovra 2011-2012 del governo. Con l'eccezione di Cisl e Uil, peraltro non tra i più rappresentativi, che pur condividendo tutte le critiche al provvedimento, si sono dissociati dalla «dichiarazione intempestiva» dello sciopero, limitandosi per il momento a chiedere una «consultazione urgente» a Berlusconi e a Fazio per concordare le modifiche a un testo che in ogni caso, affermano, avrà effetti «molto negativi» sul funzionamento e l'organizzazione degli ospedali e della sanità pubblica.

Per lunedì Federfarma conferma l'assemblea nazionale contro una «manovra insostenibile». E due giorni dopo ecco che i camici bianchi cominceranno a farsi sentire da parlamento e governo. Come ampiamente annunciato, l'universo della sanità pubblica alza le barricate contro i tagli in arrivo. Che anche per i medici saranno pesanti: ma non solo per noi, mettono in guardia, perché i contraccolpi rischiano seriamente di avere pesanti ripercussioni

dappertutto, regioni virtuose o meno, sull'efficienza e la qualità del servizio sanitario pubblico. Spostando l'asse dell'assistenza verso il privato («per chi può permetterselo», accusa la Cgil) e paradossalmente, nonostante le priorità del governo, di allungare le liste d'attesa.

Una protesta in difesa del Ssn, è insomma la parola chiave dei sindacati dei medici che non vogliono limitarsi alle rivendicazioni salariali di categoria messe in naftalina della manovra: blocco dei contratti (e delle convenzioni dei medici di famiglia), mancati scatti di anzianità, congelamento della progressione economica legata alla valutazione professionale e della retribuzione per i notturni e i festivi. E questo proprio quando da lunedì inizierà in aula alla Camera l'esame del ddl sulla «governance sanitaria» che tra l'altro riserva ai medici la liberalizzazione della libera professione intramuraria (più possibilità di attività privata) e, se l'economia consentirà, l'aumento a 70 anni dell'età pensionabile.

L'accusa mossa dai sindacati alla manovra è così di determinare «tagli inaccettabili» alla sanità pubblica e «gravi iniquità» nei confronti dei medici, che pure si dicono pronti a dare il loro contributo al risanamento dei conti pubblici. A patto però di non sottrarre «risorse indispensabili al funzionamento del Ssn e al mantenimento dei livelli essenziali nel territorio», messi a rischio anche dai tagli per 10 miliardi alle regioni, che mercoledì sera incontreranno Tremonti e Fitto. La nostra è «una risposta dovuta alla violenza dell'attacco nei confronti della preziosa risorsa del servizio pubblico e al principio dell'equità sociale»

ha spiegato Costantino Troise, considerato il prossimo segretario in pectore

dell'Anaaò, il primo sindacato degli ospedalieri.

Il salasso è presto detto. Tra contratto e convenzioni vengono bloccati per tre anni aumenti da 1,7 miliardi: per i medici pubblici significano 3-5mila euro a testa. Il blocco degli scatti di anzianità vale altri 460 milioni: da 11mila a 35mila euro per chi ci incappa. Senza dire di chi perde la

qualifica da primario: altri 5mila euro. Un migliaio di euro al massimo vale poi il taglio del 5% sugli stipendi oltre i 90mila euro e del 10% sopra i 150mila euro. Ma a far tremare le sorti del servizio pubblico è lo stop al turn over: fino al 2014 significherà perdere 78mila unità tra medici e non medici. Fuori dalla porta se ne andranno poi quasi 5mila precari. Per gli ospedali rischia di essere la paralisi, e questo le regioni lo sanno bene e lo temono. Che abbiano i conti a posto o meno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In busta paga

Perdita per mancati scatti di anzianità nel triennio

Categoria	Euro totali
Medici	455.309.141
Dirigenti non medici	13.930.488
Totale	469.239.629

La perdita col blocco del contratto 2010-2012

Incarico attività	Euro procapite con inflazione 4,4% nei tre anni
Primari	4.953
Dirigenti con anzianità inferiore a 5 anni	3.288
Medici di medicina generale con 1500 scelte	5.090



La pandemia del 2009. Il «British medical journal» accusa l'Oms di aver gonfiato l'allarme a beneficio delle case farmaceutiche

«Conflitto d'interessi sull'influenza A»

Manuela Perrone

ROMA

Per chi non se ne fosse accorto, la pandemia da virus A/H1N1 è ancora al livello massimo di allarme: il sesto, lo stesso dichiarato l'11 giugno 2009. Due giorni fa gli esperti del segretissimo Emergency Committee, che coadiuva il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, Margaret Chan, hanno rinviato a luglio ogni modifica. Ma proprio sugli esperti Oms, ieri, è caduta una te-

gola non da poco: un'inchiesta del prestigioso British Medical Journal e del Bureau of investigative journalism ha rivelato l'esistenza di consolidati rapporti, non sempre dichiarati, tra alcuni dei consulenti più "antichi" e i produttori di antivirali e vaccini. Relazioni che gettano un'ombra sulla gestione dell'emergenza, viziate all'origine dal cambiamento in corsa della definizione di pandemia (a maggio sparì il riferimento a «un alto numero di vittime»), come subito denunciò l'epi-

demiologo Tom Jefferson della Cochrane Collaboration).

L'inchiesta, condotta da Deborah Cohen e Philip Carter, fa il paio con la relazione finale licenziata sempre ieri dalla commissione salute del Consiglio d'Europa, che a gennaio aveva avviato un'indagine ad hoc. Il testo, che sarà discusso il 24 giugno in assemblea, conclude che c'è «schiacciante evidenza che la gravità della pandemia è stata enormemente gonfiata dall'Oms». Il Bmj parte da più lontano: dal 1999, quando fu redatto il primo piano globale anti-pandemia, in collaborazione con l'Eswi, il gruppo di lavoro europeo sull'influenza cui appartenevano alcuni dei più noti consu-

lenti Oms, come l'olandese Albert Osterhaus e l'inglese Karl Nicholson. «Ma il testo non rivelava - si legge sul Bmj - che l'Eswi è interamente finanziato da Roche e altre aziende».

La macchia più pesante grava però su un altro documento: le linee guida Oms 2004 sull'uso di vaccini e antivirali in caso di pan-

demia, alla base della corsa dei governi all'acquisto (corsa moderata in Italia, il paese che dopo la Polonia ha ordinato meno vaccini).

L'inchiesta documenta che tre degli autori (Fred Hayden, Arnold Monto e ancora Nicholson) hanno ricevuto finanziamenti per consulenze, relazioni e ricerche da Roche, produttrice del Tamiflu, e da GlaxoSmithkline, produttrice del Relenza (l'altro antivirale raccomandato) e di milioni di vaccini pandemici. Sulle guidelines, però, i conflitti d'interessi non sono dichiarati. Nicholson si difende: «Escludere le industrie e gli esperti con conflitti d'interessi dalla discussione priverebbe l'Oms e i decisori di informazioni preziose e aggiornate».

La stessa Oms ha sempre replicato duramente alle accuse di complicità con Big Pharma, sottolineando che il controllo sui consulenti è serrato e che i rapporti con l'industria sono indispensabili per assicurare rimedi salvavita in tempi rapidi. Il punto - concludono gli autori dell'inchiesta e il direttore del Bmj, Fiona Godlee - non è però la doverosa precauzione di salute pubblica che impone di unire le forze per prevenire il peggio. Il punto è che la mancanza di trasparenza ha prodotto una vittima eccellente: «La credibilità dell'Oms e la fiducia nel sistema sanitario globale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INFETTIVOLOGO

«L'Italia è stata cauta, ci hanno chiamato "pompieri"»

ROMA - «Ora è facile dare giudizi, fare valutazioni e anche criticare le scelte dell'Oms nel 2009. Ma, all'epoca, non era così scontato fare delle previsioni e disegnare gli scenari». Gianni Rezza dirige il dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità e ha seguito l'andamento della pandemia in Italia.

Vuol dire che non è possibile fare autocritica per questo allarme sproporzionato?

«Dico che l'Oms ha seguito un principio di precauzione. È, come tutti i principi di precauzione che si attuano, pensiamo all'ambiente, porta con sé implicazioni economiche anche molto pesanti».

In realtà sembra un abbaglio scientifico?

«All'inizio il numero delle vittime era molto alto. Preoccupava l'attacco all'apparato respiratorio. Il potenziale perché si trattasse di un virus "impugnativo" c'era tutto. Abbiamo dovuto aspettare per capire chi veniva infettato e chi no. Se avesse attaccato gli anziani sarebbe stato un disastro».

Questo significa che potremo ritrovarci nella stessa situazione con un altro virus?

«È possibile. Ancora oggi molti aspetti non sono chiari di questo virus, ci chiediamo come mai ha cominciato a scendere, per esempio. L'andamento non era prevedibile. E l'Oms ha scelto di tutelarsi dal peggio».

Costi quel che costi in tutto il mondo?

«Noi siamo stati tra i più cauti, abbiamo sempre esortato alla calma. Abbiamo acquistato meno vaccini degli altri tanto che siamo stati accusati di essere dei "pompieri". E se la pandemia fosse stata più grave?».

Per il prossimo autunno che ci aspettiamo?

«Il vaccino stagionale conterrà anche le "armi" contro l'H1N1»

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

