

Rassegna del 24/09/2010

STAMPA - Intervista a Giorgio Vittori - "Sottofinanziamento rispetto alle esigenze" - F.Ama. 1

IL PRESIDENTE DEI MEDICI GINECOLOGI
**“Sottofinanziamento
rispetto alle esigenze”**



ROMA

Giorgio Vittori, presidente della Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia, le donne possono fidarsi ancora degli ospedali e delle strutture dove si nasce in Italia?

«Assolutamente sì. L'Italia è un Paese sicuro, lo dicono tutti gli indici e i confronti con la mortalità delle madri e dei bambini appena nati degli altri Paesi del mondo».

Che cosa sta accadendo allora? E' come al solito colpa dei media o c'è dell'altro?

«Il sistema dei punti nascita richiede una manutenzione per andare a accogliere le esigenze di una società che è cambiata. Le donne diventano madri più tardi, l'età media in cui hanno il primo figlio è fra le più alte in Europa ma abbiamo un tasso di fecondità fra i più bassi del mondo. Abbiamo una politica della famiglia che non si rende conto del fatto che partorire non è solo un problema ospedaliero ma una scelta strategica».

Che cosa vuol dire?

«Gli ospedali sono sempre più delle aziende che considerano ogni intervento e ogni paziente sotto forma di costi, ma purtroppo si è caduti in un enorme errore di valutazione: le nascite sono stimate il 50% in meno del loro costo effettivo dal sistema regionale dei rimborsi. Questo vuol dire che per ogni parto gli ospedali perdono denaro al contrario di quanto accade per altre prestazioni».

Che conseguenze provoca questa sottostima?

«Che il sistema è sottofinanziato rispetto alle esigenze e quindi, ad esempio, non c'è da stupirsi se capita il taglio cesareo del giovedì».

Il taglio cesareo del giovedì?

«Accade spesso che di sabato e domenica negli ospedali non ci siano medici a sufficienza. Si resta nella struttura fino a mezzogiorno e si assicura la propria reperibilità fino al giorno seguente. Ma la reperibilità vuol dire dover perdere tempo per chiamare il medico, attendere che arrivi. Aumenta il rischio che si verifichino problemi».

[F. AMA.]



Rassegna del 24/09/2010

VIVERSANI & BELLI - Parto cesareo, è pericoloso? - Di Lascio Gianni

1

ATTUALITÀ ▶ SE NE PARLA

parto cesareo è pericoloso?



Un intervento cui i ginecologi italiani ricorrono sempre di più è al centro di polemiche e discussioni, dopo i recenti, drammatici fatti di cronaca

I recenti decessi in sala parto hanno acceso i riflettori su una tecnica molto utilizzata negli ospedali italiani: il parto cesareo. All'ospedale di Messina è stato praticato un intervento d'urgenza dopo che, a causa del tempo perso per un'incomprensibile lite tra medici, le condizioni di mamma e figlio si sono rivelate critiche: il bambino è andato in arresto cardiaco due volte e la donna, a causa di un'emorragia, ha subito un'isterectomia. Un episodio simile è accaduto al policlinico Casilino di Roma, poi un caso a Vibo Valentia e infine a Policoro (Matera). Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha annunciato che entro la fine dell'anno saranno pronte le nuove linee guida per garantire la sicurezza del parto cesareo.

A questo punto sorge inevitabile una domanda: il parto cesareo può essere pericoloso per la salute di mamma e bimbo? Vediamo di sapere qualcosa in più su un tipo di intervento a cui vengono sottoposte milioni di donne ogni anno per dare alla luce i propri figli.

UNA PICCOLA INCISIONE NELL'ADDOME E NELL'UTERO

Il parto (o taglio) cesareo è una procedura chirurgica che si esegue in particolari casi per far nascere un bambino. Si tratta di praticare un piccolo taglio (un'incisione) nell'addome e nell'utero della mamma, in modo da poter estrarre il neonato dal pancione. Un tempo, il ricorso a questa tecnica lasciava una lunga cicatrice verticale, che partiva dall'ombelico e terminava all'altezza del pube. Oggi, invece, viene eseguito orizzontalmente con metodiche sempre più aggiornate, che lasciano solamente dei piccoli segni.



4 casi di presunta malasanità

Al policlinico di Messina alcune settimane fa è scoppiata una vera e propria rissa tra medici in sala parto. I due hanno così trascurato le condizioni di salute del bambino che stava per nascere, le quali si sono aggravate al punto da rendere necessario un cesareo d'urgenza, durante il quale il piccolo è andato per due volte in arresto cardiaco. Gli eventuali danni cerebrali subiti sono ancora da valutare. La mamma, invece, a un'ora dal parto ha avuto un'emorragia, che ha reso necessario un secondo intervento per asportarle l'utero; non potrà più avere figli.

■ Pochi giorni prima, al policlinico Casilino di Roma, un'altra lite tra ginecologa e ostetriche in merito a un cesareo, mentre una donna era in preda alle contrazioni, potrebbe essere correlata alla morte del piccolo Jacopo, avvenuta poco dopo il parto.

■ Un altro presunto caso di malasanità è quello che si è verificato a Vibo Valentia, in Calabria, dove una donna di 33 anni è morta a poche ore dal suo terzo parto cesareo. Dopo aver partorito in una clinica privata, a seguito di alcune complicazioni dovute a un'emorragia, la donna è stata portata all'ospedale di Vibo Valentia dove, però, non c'era posto. Così è stata caricata in ambulanza per raggiungere l'ospedale di Lamezia Terme, ma è morta durante il tragitto.

■ Infine, solo pochi giorni fa, all'ospedale di Policoro (Matera), una donna di 32 anni è deceduta poche ore dopo un parto cesareo gemellare a causa delle complicità dell'operazione. Su questi casi sta indagando la Procura.

È NECESSARIO SE NON SI PUÒ FARE IL PARTO NATURALE

A differenza del parto classico, che segue dei ritmi e delle scadenze che talvolta possono essere imprevedibili, il parto cesareo viene solitamente programmato con una media che va dai 7 ai 14 giorni di anticipo dal ginecologo. Solitamente il taglio cesareo è un'operazione che si rende necessaria in tutte quelle occasioni in cui un parto per via vaginale risulta impossibile o presenta rischi maggiori sia per la salute della madre sia per quella del bambino. Allo stesso tempo, però, può essere effettuato d'urgenza qualora insorgano delle complicazioni imprevedute e improvvise, che potrebbero mettere in serio pericolo la vita della mamma o del nascituro.



SE NON È LA PRIMA VOLTA...

Avere già partorito con taglio cesareo non significa che, nel caso di una seconda gravidanza, sia necessario ricorrervi di nuovo. Le variabili, infatti, sono tante, tra cui quanto è il periodo di tempo trascorso dal precedente taglio e quali sono le indicazioni del ginecologo che segue la gravidanza della partoriente. Tuttavia, è molto probabile che si ricorra di nuovo a questa tecnica, perché l'utero della donna che ha già subito un taglio cesareo presenta una cicatrice che ha una minore elasticità rispetto a un tessuto sano. Per questa ragione, almeno sul piano teorico, una donna con una nuova gravidanza potrebbe correre un rischio di rottura dell'utero, che può portare più facilmente alla decisione di ricorrere a un parto cesareo.

LE TECNICHE PIÙ UTILIZZATE

1 La Pfannenstiel: l'incisione viene fatta in modo orizzontale circa 10 centimetri sopra il pube. Si tagliano gli strati addominali e il peritoneo, ovvero la membrana che riveste le pareti interne dell'addome e che avvolge tutti gli organi addominali. A questo punto, si estrae il neonato dall'utero. Al termine dell'intervento si procede con l'applicazione di alcuni punti di sutura per richiudere la ferita, che potranno essere rimossi dopo circa una settimana. L'operazione dura, in media, circa 30 minuti.

2 La Stark: l'incisione viene fatta sempre nella parte superiore del pube alla distanza, però, di circa 2 centimetri. Con l'aiuto del bisturi si allargano le pareti muscolari per consentire l'estrazione del bebè. Anche in questo caso si procede alla chiusura con alcuni punti di sutura (rimossi dopo pochi giorni) ma, a differenza del metodo Pfannenstiel, il peritoneo e i muscoli dell'addome non vengono ricuciti, ma lasciati cicatrizzare autonomamente. Anche in questo caso l'operazione dura circa mezz'ora. Fino alla fine degli Anni 80, il taglio cesareo veniva praticato in anestesia generale. Oggi, quando è possibile, si preferisce ricorrere all'anestesia spinale, grazie alla quale la mamma rimane sveglia e cosciente durante l'intervento, potendo così partecipare alla nascita del suo bambino. Al parto cesareo collaborano, di norma, almeno due ginecologi, un anestesista, un tecnico anestesista, uno strumentista, un'ostetrica, un pediatra neonatologo e un'infermiera.

I casi che lo rendono indispensabile

Il taglio cesareo si può programmare con largo anticipo a seconda dell'andamento della gravidanza e su indicazione del ginecologo. Esistono dei casi, infatti, in cui il cesareo è fortemente consigliato.

La posizione del bebè

Se il bimbo non si trova nella posizione giusta, cioè a testa in giù (cefalica), ma è, invece, con la testa in su e i piedini verso il canale del parto (podalico), oppure è messo di fianco, le ore di travaglio potrebbero essere estenuanti e il parto naturale pericoloso. Nel caso si verifichi questa evenienza, quindi, di norma il ginecologo chiede un cesareo per evitare che possano esserci problemi.



La placenta previa

Un altro esempio è la posizione "previa" della placenta, vale a dire che l'organo deputato agli scambi nutrizionali tra madre e piccolo viene a trovarsi nella parte bassa dell'utero, occupando l'ingresso del canale cervicale. Si tratta di una zona più a rischio che potrebbe portare una serie di complicazioni, tra cui il suo distacco.

La conformazione del bacino

Un altro caso che rende necessario il ricorso al taglio cesareo è la conformazione stretta del bacino della futura mamma rispetto alle misure del bimbo. In questa situazione potrebbero verificarsi notevoli difficoltà durante il travaglio da parto naturale.

La crescita lenta del feto

Un altro motivo per cui il ginecologo opta per un cesareo è una crescita del feto piuttosto lenta durante il periodo di gestazione. Con il parto naturale si potrebbe andare incontro al rischio di insufficienza cardiaca.

■ In caso di parto gemellare è il ginecologo a valutare se sia necessario programmare un cesareo o seguire un parto naturale. Dipenderà dalle dimensioni dei bambini e dalla loro posizione nell'utero.

■ Inoltre, vanno tenuti presenti anche i disturbi della futura mamma; per esempio i casi di gestosi (aumento della pressione arteriosa, perdita di proteine con le urine e gonfiore agli arti inferiori), di diabete o un'età non più giovanissima della donna possono indurre il ginecologo a scegliere il cesareo.



OBIETTIVO: SOLO IL MINIMO INDISPENSABILE

Il cesareo dovrebbe essere l'eccezione e non la regola. Questa è la posizione dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda) che, proprio per sensibilizzare gli ospedali su questo tema, ha deciso di inserire tra le caratteristiche che devono avere le strutture sanitarie per ottenere il "bollino rosa" (cioè il riconoscimento di essere un centro "a misura di donna") l'impegno a ridurli costantemente. L'obiettivo è di avvicinarsi il più possibile a quel 15% raccomandato dall'Oms e dal ministero della Salute. Non mancano, poi, esempi di strutture che hanno già abbracciato in pieno l'iniziativa, come l'ospedale San Leonardo Castellamare di Stabia (Na), che ha ridotto il ricorso ai parti cesarei dal 60 al 19%.

I VANTAGGI: MENO DECESSI E MALATTIE LEGATE AL PARTO

Il taglio cesareo presenta molti vantaggi. La sua adozione nel corso degli anni ha contribuito ad abbassare drasticamente la mortalità e le malattie materne connesse al parto. Si tratta di un'operazione che è stata continuamente aggiornata nella tecnica e che, attualmente, è considerata sicura, anche se non priva di rischi. Offre, inoltre, la possibilità di programmare, anche con largo anticipo, il momento della nascita, senza essere vincolati all'arrivo delle doglie. Grazie al ricorso all'anestesia, è un parto praticamente indolore, che richiede solo pochi giorni di convalescenza. La donna in gravidanza deve, comunque, ricevere tutte le informazioni sulle modalità e i rischi di questa procedura.

I RISCHI: ROTTURA DELL'UTERO, EMORRAGIE O ISTERECTOMIA

Come ogni intervento chirurgico, anche il parto cesareo ha dei rischi. Anche se oggi è più sicuro che in passato, dati recenti riferiscono di pericolo di morte per la madre superiore di quasi tre volte rispetto a un parto naturale. I rischi sono l'eventualità di una possibile rottura dell'utero in caso di una gravidanza successiva, nonché di alcuni problemi legati alla placenta, che possono causare emorragie o rendere necessaria l'asportazione dell'utero (isterectomia). Va sottolineato, comunque, che molti dei casi che portano al decesso della madre o del bambino sono attribuibili più al problema che ha reso opportuno il cesareo, invece che all'intervento chirurgico in sé.



Quando si interviene d'urgenza

Durante il travaglio possono sorgere delle complicazioni che rendono il parto cesareo indispensabile per tutelare la salute di mamma e piccolo.

■ Lo si utilizza, per esempio, in caso di sofferenza fetale, nell'eventualità che il bimbo stia soffrendo e che il battito cardiaco stia diminuendo. Un tipico caso è rappresentato dal fatto che il piccolo non riceve abbastanza ossigeno perché il cordone ombelicale potrebbe essersi attorcigliato intorno al collo.

■ Un'altra ragione è la scarsa dilatazione del collo dell'utero. Se dopo ore di travaglio questo non ha raggiunto una sufficiente dilatazione per consentire al bebè di passare, è opportuno procedere con un cesareo. Infine, anche il distacco della placenta può rendere necessaria questa procedura, proprio perché questa membrana è fondamentale per trasmettere al piccolo ossigeno e nutrimento.

Record in Italia con il 38%, boom al Sud

Anche se l'Italia ha un tasso di mortalità per parto tra i migliori al mondo (3,9 decessi ogni 100 mila nati vivi) siamo i primi in Europa per il ricorso ai cesarei.

■ Secondo i dati dell'Istituto superiore di sanità (Iss) nel nostro Paese viene praticato un numero elevato di parti cesarei: solo nel 2007, per esempio, hanno rappresentato il 38%. In base alle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sono un numero troppo alto: la richiesta ufficiale da parte dell'Oms, infatti, è che non venga superata la quota del 15% sul totale delle nascite.

■ Quello italiano rappresenta il tasso più alto in Europa, che oscilla dal 14% della Slovenia al 15% dell'Olanda, passando per il 27% della Germania.

■ Al Sud il ricorso a questa pratica raggiunge i picchi più alti. La Campania è al 60%, la Sicilia al 52%, il Molise al 49% e la Puglia sfiora il 48%. Al Nord la situazione migliora a partire da Friuli, Toscana e Lombardia che si attestano tra il 24 e il 28%. Solo Bolzano, con il 20%, si avvicina ai valori raccomandati dall'Oms.

■ Sulla nostra stessa scia si collocano gli Stati Uniti, dove la percentuale di parti cesarei tocca quota 32%. Secondo una recente indagine, è risultato che dal 1996 a oggi il numero di cesarei è costantemente aumentato, sino ad arrivare a essere l'intervento più eseguito attualmente negli ospedali americani. →

IL GINECOLOGO DECIDE IN BASE ALLE ESIGENZE DELLA MADRE

La decisione sull'opportunità di eseguire un parto cesareo spetta, in genere, al ginecologo in base all'andamento della gravidanza. Il ricorso a questo tipo d'intervento, infatti, è consigliabile solo in caso di reale necessità medica o in una situazione di emergenza che tuteli l'interesse del nascituro e della donna. Tuttavia, molto spesso i medici tengono in considerazione anche le richieste della madre che non se la sente di affrontare un parto naturale. Secondo una ricerca della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), infatti, il 27% dei parti cesarei sarebbe frutto di una scelta precisa delle future madri, ma resta difficile quantificare quanto abbia inciso su questa decisione il consiglio di un medico.



Solo se ci sono seri motivi

Le linee guida in materia elaborate dall'Istituto superiore di sanità (Iss) si concentrano sulle informazioni da offrire alle gestanti sulle modalità di parto, sui contenuti e i tempi di acquisizione del consenso informato e sull'eventuale richiesta della madre per un taglio cesareo in assenza di "motivazioni cliniche".

■ A questo proposito, le raccomandazioni precisano che la richiesta della donna, non supportata da ragioni di tipo medico, non può rappresentare un'indicazione per eseguire un parto cesareo.

■ In questo caso, infatti, il medico ha il diritto di rifiutare una richiesta di cesareo "programmato", ma alla donna va, a ogni modo, garantita l'opportunità di accedere a un secondo parere.



Una scelta che va oltre le ragioni mediche

Secondo i dati della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), solo un terzo dei cesarei è dovuto a cause cliniche. Dietro l'aumento esponenziale degli interventi, dunque, sembrano nascondersi altre motivazioni.

■ Spesso programmare il parto diventa una scelta comoda anche per il ginecologo, per la struttura dove lavora e per la mamma. Non c'è da correre in sala parto la notte e lo stress ne guadagna. Il parto cesareo dura una trentina di minuti, mentre uno spontaneo, tra rottura delle acque, travaglio e nascita, può durare da poche ore a un giorno intero o anche più.

■ Inoltre, l'aumento di parti cesarei è spesso legato a motivi di sicurezza, soprattutto in ospedali dove mancano risorse. Il medico lo suggerisce anche perché, in caso di difficoltà con il parto naturale, non sempre è tutelato se ci sono delle complicazioni. Molti ginecologi, quindi, aggirano il possibile ostacolo di incorrere in problemi legali ricorrendo direttamente al cesareo.

■ Infine, ci sono motivazioni economiche. Il "business" del cesareo è redditizio sia per quanto riguarda i rimborsi che le strutture ottengono per ogni intervento sia per gli onorari dei ginecologi, che con questa procedura sono molto più alti. Anche le assicurazioni mediche rimborsano i parti cesarei, concedendo circa 2.000 euro in più rispetto a quello naturale.



L'ESPERTO

«Il personale deve essere preparato»

Abbiamo chiesto al dottor **Giampiero Creti**, ginecologo a Milano, di commentare questi recenti fatti di cronaca.

Messina, Roma, Vibo Valentia e Policoro. Come giudica gli ultimi fatti di cronaca che hanno riguardato i parti cesarei?

L'intervento di taglio cesareo rappresenta oggi un'operazione alla quale si ricorre abitualmente sia nelle emergenze sia nelle condizioni di elezione. Oggi sia la competenza chirurgica sia anestesiologica hanno raggiunto livelli di eccellenza tali che risulta difficile comprendere il verificarsi degli ultimi drammatici episodi. Probabilmente sono variabili umane, strutturali o le circostanze che possono determinare questi eventi. Senza sottovalutare la eventuale negligenza del personale sanitario che, però, proprio in virtù della tanto criticata alta percentuale di ricorso a questa operazione in Italia, dovrebbe aver acquisito un'elevata perizia.

Si tratta di episodi isolati di malasanità o esistono ragioni per preoccuparsi?

Le donne che si apprestano a partorire mediante taglio cesareo, o quelle che subiranno un cesareo non programmato, non devono preoccuparsi. Le linee guida al riguardo tutelano la salute delle gestanti nel momento più delicato del loro percorso fino alla nascita del bambino. È innegabile, però, che la volontà di tutelare sia la madre sia il bambino porti il medico a percorrere, di fronte a un dubbio, la via più sicura per entrambi. Pertanto è statisticamente accettato che se aumenta il numero di interventi possono aumentare i rischi a esso correlati.

Partorire con il cesareo è un metodo sicuro o esistono dei rischi?

Se si ricorre a un taglio cesareo nelle situazioni di elezione e di programmazione significa che lo stesso intervento di per sé non presenta particolari rischi se non quelli comunemente attribuiti alla pratica chirurgica a cui la gestante dà il proprio consenso. Sono variabili imprevedibili l'imperizia o la negligenza, che possono complicare una condizione generalmente semplice.

Quanto conta la preparazione del personale per la buona riuscita di un cesareo?

È banale sottolineare che il personale ostetrico deve essere stato formato e aggiornato adeguatamente per offrire le maggiori garanzie di buona salute alla mamma e al suo bambino. Parallelamente, anche le strutture devono presentare dei canoni di efficienza di alto profilo. Le capacità professionali di un operatore sanitario, a qualsiasi livello, hanno maggiore risonanza se supportate da un'efficienza strutturale adeguata. Per qualsiasi attività professionale è fondamentale la preparazione, l'adeguata perizia e la capacità di imparare anche dagli errori commessi.

*Servizio di Gianni Di Lascio.
Con la consulenza del dottor Giampiero Creti,
ginecologo a Milano.*

L'Italia e lo spettro dei parti insicuri

Alcune tragedie in sala operatoria hanno creato allarme, ma le cifre confermano che siamo **il Paese migliore dove nascere**. Ma quanto conta la questione degli **ospedali piccoli e poco attrezzati?**

I GINECOLOGI

«Gli ultimi eventi sono orribili fatalità, ora fermiamo il panico»

SU LANCET

Primi in classifica per riuscita: su 100 mila nati solo 3,9 sono decessi

LE STRUTTURE

Le partorienti scelgono quelle pubbliche: una su dieci va nelle private

IL CESAREO

Tra le italiane è troppo frequente, le straniere preferiscono quello naturale

FLAVIA AMABILE
ROMA

Stanotte una donna è andata a partorire e ha mandato un sms: «Pregate per me». Da un mese si susseguono casi di errori e stranezze nelle sale parto d'Italia con conseguenze letali per madri e figli. Ma davvero sta accadendo qualcosa nei luoghi dove le donne vanno a far nascere i loro bambini? A giudicare dalle cifre non sembrerebbe.

Secondo la ricerca condotta dal dottor Christopher Murray dell'Institute for Health Metrics and Evaluation, e pubblicato sulla rivista «The Lancet», l'Italia è il Paese più sicuro al mondo. Con una percentuale di 3,9 decessi ogni 100 mila nati vivi è ultima nella classifica della mortalità durante la gravidanza e il parto. Al secondo posto c'è la Svezia, mentre al terzo si trovano Lussemburgo e Australia.

Non bisogna lasciarsi allarmare da quest'ondata di episodi, insomma. Lo chiedono a gran voce i medici italiani. «Fermiamo il panico che dilaga tra le donne in gravidanza che stanno per partorire nel nostro Paese. I recenti fatti di cronaca hanno fatto aumentare nelle partorienti la preoccupazione di dover affrontare questo evento. La ginecologia italiana è sana», avverte Massimo Moscarini, presidente dei Ginecologi Universitari Italiani.

L'ultimo rapporto sulle na-

scite in Italia realizzato dal ministero della Salute è un po' datato: è stato pubblicato nel 2009 ma si riferisce a dati del 2006. Nello studio si rileva innanzitutto la preferenza per le strutture pubbliche: solo poco più di un parto su 10 (l'11,6%) avviene nelle case di cura e lo 0,1% a domicilio.

Da un po' di tempo si è sollevato il problema delle strutture troppo piccole, non adeguate in casi di parti difficili o in caso di emergenze. Un parto su 10 avviene in luoghi che accolgono meno di 500 nascite l'anno, inferiore al tetto indicato negli standard di sicurezza previsti in un decreto del 2000. Un parto su 4 avviene in struttura non grandi, dove avvengono fino a 800 parti. I centri più grandi sono presenti soprattutto al nord. In Val d'Aosta, Emilia Romagna, Veneto e Piemonte oltre l'87% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni, con almeno mille nascite l'anno.

Nel 2006, il 14,7 parti su 100 sono avvenuti da madri di cittadinanza non italiana. Le nascite straniere sono frequenti soprattutto al Nord dove si arriva quasi al 20%. Nelle donne italiane l'età media delle madri è di 32,1 anni, molto più bassa per le straniere: 28,7 anni. Un'altra differenza è nell'istruzione. Hanno una bassa scolarità più di una su due donne straniere che hanno partorito nel 2006. Fra le italiane più di 6 su 10 hanno una scolarità alta o la laurea. Ma si sa anche che il 33%, e quindi

una su tre, è una casalinga.

Il padre è quasi sempre presente al parto, oltre il 92% dei casi. Ma i parti spesso sono cesarei e dunque richiedono un'operazione chirurgica. In media nel 37,4% dei casi, percentuale molto superiore alla soglia del 10-15% che secondo l'OMS garantisce il massimo beneficio complessivo per la

madre ed il bambino. La percentuale di tagli cesarei è più alta per i parti che avvengono in case di cura private (61,6% nelle case di cura accreditate e 76,1% in quelle non accreditate) ed è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana: nel 39,2% dei parti contro il 26,9% delle straniere.

E' molto alto anche il ricorso alle visite ostetriche. Nel 84,5% delle gravidanze se ne fanno più di 4, nel 73,2% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. Si arriva anche abbastanza presto a consultare un ginecologo. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre la 12ª

settimana è pari al 4,0% mentre tale percentuale sale al 17,7% per le donne straniere.

In circa 4.995 parti si è fatto ricorso a una tecnica di procreazione medicalmente assistita, in media 0,97 ogni 100 gravidanze. Ed è anche l'aumento di questo tipo di gravidanze ad aver fatto aumentare i parti gemellari. Le gravidanze gemellari da procreazione medica assistita sono circa il 14-20% del totale. Ogni cento parti in Italia tre sono gemella-

ri. Oggi, i gemelli in Italia sono circa un milione e rappresentano il 3% all'anno del totale delle nascite.

www.lastampa.it/amabile



I cesarei

L'ITALIA HA IL RECORD EUROPEO **37,4%**

è di molto superiore rispetto al **20,2%** della Francia

23% dell'Inghilterra

27% è frutto di una decisione delle donne e non di indicazioni cliniche



Si tratta di una percentuale doppia rispetto alle indicazioni dell'Oms

I MOTIVI SECONDO I MEDICI

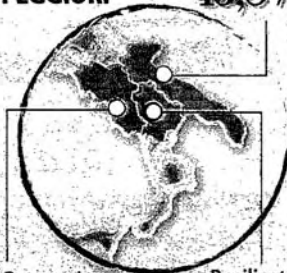
Paura dei rischi medico-legali **35%**

Scarsa formazione professionale **24%**

Assenza di un anestesista «dedicato» **19%**

Disinformazione delle donne **16%**

LE REGIONI PEGGIORI



Campania **60%**

Basilicata **50,5%**

La Regione migliore Friuli Venezia Giulia 19,9%

Fonte: 5° Rapporto sulle nascite in Italia realizzato dall'Ufficio di Direzione Statistica del ministero della Sanità relativo al 2006

Periodo nero

Da Messina a Milano i casi più controversi



È la fine di agosto quando all'ospedale di Messina una donna di 30 anni entra in sala parto per partorire il suo primo figlio e fra i due ginecologi scoppia una lite che degenera in rissa. Lei esce con l'utero asportato e il neonato in coma.



Martedì sera all'ospedale Buzzi di Milano una donna di 37 anni muore per emorragia durante un parto trigemellare a cui era giunta dopo un percorso di fecondazione assistita. Alcune persone sono state iscritte nel registro degli indagati.

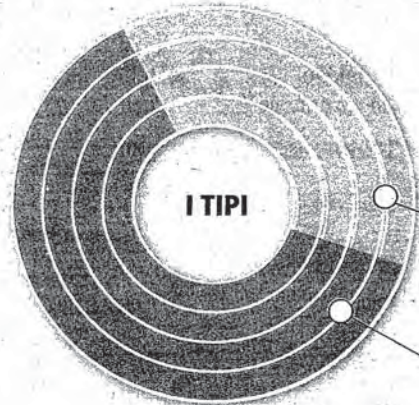
Numeri



I parti
in un anno
517.135



Mortalità
(ogni 1000 nati vivi)
Tasso medio da 1-6 giorni
0,91
Tasso medio totale
3.69



37,4%
Cesarei

62,6%
Naturali



Gli ospedali
l'88%
dei parti avviene
negli istituti
pubblici



La fecondazione assistita
0,97
ogni **100**
nascite



Le visite
84,5%
delle gravidanze richiedono più di 4 visite



Condizioni
92%
delle madri ha a fianco il partner al momento del parto

Il potere di fare le leggi

Confronto tra Governo e Parlamento (dall'inizio della legislatura)

| PROGETTI CHE SONO DIVENTATI LEGGE | | | | |
|-----------------------------------|--------------|------------|---------------|------------------|
| Argomento | Presentati | Leggi | % di successo | Tempo medio (gg) |
| Parlamentari | 5.613 | 31 | 0,55 | 367 |
| Governo | 464 | 153 | 32,97 | 90 |
| Regioni | 31 | 0 | 0 | 0 |
| Popolo | 15 | 0 | 0 | 0 |
| CNEL | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Totali | 6.125 | 184 | 2,95 | |

| DI COSA SI OCCUPANO I PROGETTI DI LEGGE | | | |
|---|------------|-------|---------------|
| Argomento | Presentati | Leggi | % di successo |
| Diritto | 927 | 33 | 3,56 |
| Lavoro | 723 | 10 | 1,38 |
| Salute | 669 | 11 | 1,64 |
| Tasse e imposte | 649 | 31 | 4,78 |
| Economia | 477 | 37 | 7,76 |
| Imprese | 471 | 17 | 3,61 |
| Giustizia | 468 | 17 | 3,63 |
| Ordine e sicurezza pubblica | 367 | 17 | 4,63 |
| Trasporti | 361 | 26 | 7,20 |
| Assistenza sociale | 347 | 9 | 2,59 |

Fonte: www.openparlamento.it su elaborazione dei dati della Camera e del Senato (ultimo aggiornamento il 17/09/2010)**L'INTERROGAZIONE****DIAMO UN TAGLIO AL CESAREO**

Regole nazionali per i parti cesarei. L'Istituto superiore di sanità ha recentemente pubblicato un rapporto sul ricorso ai parti cesarei. L'Italia è il paese europeo in cui ne vengono effettuati di più (38 per cento), molto lontano dall'indicazione massima del 15 per cento raccomandata dall'Oms. Il rapporto evidenzia come l'utilizzo del cesareo aumenti i rischi connessi al parto, e come ci siano notevoli differenze regionali fra Nord e Sud. In Sicilia, per esempio, il tasso di mortalità è di 22 morti ogni 100 mila nati vivi (contro una media nazionale di 3,9 su 100 mila). Maria Antonietta Coscioni del Pd ha portato la questione in Parlamento, chiedendo che il [ministero della Salute](#) promuova le linee guida elaborate dall'Istituto superiore di sanità (interrogazione C.4/08434).

a cura di Associazione Openpolis

SANITÀ E STAMPA INCONTRO A BARI FRA MEDICI E GIORNALISTI. CHIESTA L'ISTITUZIONE DI UNA CAMERA DI CONCILIAZIONE

Errori, su 15mila medici denunciati quelli condannati sono meno del 5%

● I medici la definiscono «condanna giudiziaria a mezzo stampa». È l'esposto che colpisce soprattutto ginecologi, chirurghi generali, ortopedici, internisti e medici di base e che fa scattare il titolone sulla «malasania». Quindicimila quelli presentati negli ultimi anni da ammalati e parenti che hanno portato a 1700 giudizi con una percentuale (su quest'ultima cifra) di colpevolezza accertata attorno al 60%, meno del 5 per cento del numero complessivo di denunce.

In tempi in cui si susseguono i casi neri nelle sale parto (dalle botte di Messina ai dubbi di Policoro e Piove di Sacco), di «condanne mediatiche e processi virtuali» si è discusso ieri a Bari nell'ambito del Life Rhythm 2010. I presenti innanzitutto: per i medici, il presidente dell'ordine provinciale **Paolo Livrea**; l'onorevole **Antonio Gaglione**, il responsabile della cardiologia ospedaliera e cardiologia d'urgenza del policlinico, **Gianfranco Antonelli**. Per i giornalisti: il presidente dell'ordine regionale, **Paola Laforgia**; il presidente dell'associazione della stampa di Puglia, **Raffaele Lorusso**; il direttore della Gazzetta del Mezzogiorno, **Carlo Bollino**; il capo della redazione barese di Repubblica, **Stefano Costantini**. Alla presenza del decano della stampa scientifica barese, il professore **Nicola Simonetti**, ha moderato i lavori, **Daniele Amoroso**, medico e giornalista scientifico.

Proprio Livrea annunciando tempi maturi per l'istituzione di una camera

di conciliazione, ha aperto i lavori illustrando una serie di effetti a cascata - che da positivi diventano nefasti - su una medicina che è più efficace ma più complessa, più comunicativa e più democratica, ma che è alle prese (proprio per la maggiore complessità) sia con gli insuccessi, sia con il rifiuto di questi da parte di ammalati e parenti e che quindi dà vita a più contenziosi, maggiori costi di assicurazione, più spesa sanitaria, più procedimenti giudiziari, più tempi giudiziari, con l'effetto di mettere in «stand by» i medici coinvolti e di dare origine alla medicina difensiva in grado quasi di annullare gli enormi passi in avanti fatti dalla scienza.

E i giornalisti? Partendo dal presupposto che a volte la mancanza di «voce delle controparte» nei presunti casi di malasania è dovuta proprio alla linea difensiva dei medici, tutti d'accordo nel respingere tentativi di bavaglio e nel sottolineare la regola della «brutta notizia che spesso è l'unica che fa notizia». Bollino: «Ma non è la stampa ad aver creato il mito della medicina infallibile, che è piuttosto l'effetto di gruppi di pressione finanziari ed economici - ed ha aggiunto -. Anche la sanità deve dotarsi di comunicatori efficienti».

Ricette magiche: di certo - tutti d'accordo - non meno giustizia, ma giustizia più veloce e più trasparenza. Con l'appello ad un ritrovato attento senso dell'etica e della deontologia, sia per i medici che per i giornalisti.

[rob. calp.]



Il sondaggio Crespi

Sanità, pollice verso Ospedali e Asl bocciati da 6 meridionali su 10

NAPOLI - Ospedali, Asl, medici di famiglia: servizi della sanità al Sud bocciati dalla metà, o poco più, dei cittadini di Campania, Calabria e Sicilia. È il «risponso» del sondaggio firmato istituto Crespi. Report statistico che, se vogliamo, strappa anche una mezza sorpresa: in media, «solo» la metà dei cittadini delle tre regioni storiche il naso sulla sanità. In particolare, la rilevazione sul dato complessivo recita: Campania, 58,3% di insoddisfatti; Calabria 57,6% e Sicilia 54,8%. Poco più del cinquanta per cento, quindi, e considerando che si tratta di tre enti territoriali perennemente sugli scudi nel versante (mala)sanità c'è da restare un pizzico sorpresi. Bicchiere mezzo pieno, allora? Non proprio. Il quadro resta in ogni caso poco felice. Nessun responsabile di governo regionale, per esempio in Campania, può esultare sapendo che (quasi) 6 cittadini su 10 non sono contenti. Vediamo al dettaglio. La domanda principale rivolta al campione di interpellati era: «Quanto è soddisfatto complessivamente della sanità nella sua Regione?». Ecco: il 31,6% dei campani ha risposto «poco soddisfatto»; il 26,7% «per nulla». Percentuali negative che, sommate, superano di un bel po' il dato positivo aggregato, cioè coloro che ritengono «molto soddisfacenti» (appena il 3,2%) i servizi della sanità o «abbastanza» buoni (26,6%). Sul fronte degli insoddisfatti, i calabresi si attestano al 57,6% e i siciliani al 54,8%. Dunque, secondo il sondaggio Crespi, sono i cittadini della Campania col

Livello di soddisfazione

Sondaggio: Crespi ricerche

| | CAMPANIA | CALABRIA | SICILIA |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Molto | 3,2 | 2,4 | 5,9 |
| Abbastanza | 26,6 | 27,0 | 28,5 |
| Totale Positivi | 29,8 | 29,4 | 34,4 |
| Poco | 31,6 | 34,2 | 38,9 |
| Per nulla | 26,7 | 23,4 | 15,9 |
| Totale Negativi | 58,3 | 57,6 | 54,8 |
| Non so non risponde: | 11,9 | 13,0 | 10,8 |

COMPTIME

58,3% i più «severi» nel giudizio sulla sanità che, ricordiamolo è tra le più disastrose d'Italia, conti (rossi) alla mano. L'11 per cento dei campani invece non ha risposto («Non so/ Non risponde»). Ancora: il dato disaggregato sugli ospedali dipinge una situazione nera. Secondo i numeri registrati da Crespi, nelle tre regioni gli ospedali non funzionano: lo dice in media il 57% degli intervistati. Ci vogliono «poche strutture ma buone»: è questa la richiesta dei cittadini che alla quantità preferirebbero la qualità. I meridionali, si legge nel report, «non sono soddisfatti neanche delle Asl, che deludono il 56,1% dei siciliani, il 59,7% dei calabresi e il 60,8% della popolazione campana». E i medici di famiglia? Potrebbero far meglio per il 45,9% dei siciliani, il 49,3% dei campani, e il 48,4% dei calabresi.

Alessandro Chetta



I decreti Il nodo dell'agganciamento ai valori più bassi. Errani: c'è molto da fare, nuovo vertice straordinario

Il Federalismo inciampa sulla sanità

Le Regioni del Sud frenano sui costi standard. Calderoli: andiamo avanti

La sanità delle Regioni

dati in migliaia di euro

Costi Ricavi



ROBERTO CALDEROLI
Ministro della Semplificazione

| Risultati 2009 | | | Risultati 2009 | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|
| Costi | Ricavi | Risultato | Costi | Ricavi | Risultato |
| Emilia Romagna | 8.438.600 8.140.100 | 40.900 | Abruzzo | 2.408.300 2.388.900 | -49.000 |
| Lombardia | 17.406.100 16.986.000 | 29.600 | Molise | 676.000 575.200 | -81.100 |
| Piemonte | 8.519.700 8.540.000 | 17.100 | Liguria | 3.309.900 3.230.400 | -97.700 |
| Marche | 2.799.300 2.852.400 | 15.300 | Veneto | 8.914.700 8.716.200 | -101.500 |
| Umbria | 1.626.200 1.624.100 | 14.700 | Sardegna | 3.050.400 2.886.800 | -225.700 |
| Toscana | 7.040.800 6.952.300 | 14.100 | Calabria | 3.501.300 3.506.500 | -232.000 |
| Friuli Venezia Giulia | 2.452.000 2.440.700 | 9.000 | Sicilia | 8.519.800 8.482.100 | -237.300 |
| Trentino Alto Adige | 2.179.300 2.193.400 | 4.800 | Puglia | 7.202.400 7.069.700 | -282.300 |
| Valle d'Aosta | 270.000 267.400 | -16.900 | Campania | 10.187.600 9.751.500 | -725.600 |
| Basilicata | 1.038.600 1.056.400 | -21.800 | Lazio | 11.283.100 9.863.900 | -1.374.500 |
| TOTALE | | 110.824.100 | TOTALE | | 107.524.000 |
| | | Costi | | | Risultati 2009 |
| | | | | | -3.299.900 |

Fonte: Istat



VASCO ERRANI
Presidente della Conferenza delle Regioni

ROMA — Il governo accelera, ma Regioni e Comuni frenano sull'attuazione del federalismo fiscale. Il parere sul decreto che concede l'autonomia impositiva ai comuni, atteso ieri dalla Conferenza Unificata, è stato rinviato: i sindaci non si fidano e vogliono che il governo, prima, metta tutti i numeri nero su bianco. Tra le Regioni, invece, il fronte comune a cui si è a lungo lavorato per affrontare la trattativa con il governo è ormai saltato. Ciascuno va per la sua strada: le regioni ricche del Nord che spingono, quelle del Sud, già alle prese con i guai della sanità, che puntano i piedi.

Fatto sta che gli incontri di ieri tra il governo, le regioni e i comuni non hanno fatto registrare il benché minimo passo avanti nel confronto e, alla fine, il ministro della Semplificazione, Roberto Calderoli, si è spazientito. Sia con i sindaci, «i trenta giorni di tempo per il parere dei sindaci sulle tasse comunali sono già scattati e ho fatto presente - ha detto - che per 4 o 5 giorni i comuni rischiano di perdere un anno di entrate proprie», che con i governatori. «Il decreto sul federalismo regionale è previsto in Consiglio dei ministri il primo ottobre. Le regioni ora dicono che a causa dei piani di rientro della sanità non possono occuparsi di federalismo, ma quel problema c'era anche la scorsa

settimana...» ha detto Calderoli. Un po' preoccupato anche se il segretario della Lega, Umberto Bossi, fa capire a sindaci e governatori che il governo andrà dritto sulla sua strada: «Il federalismo è in cassaforte, per fortuna abbiamo scelto la via giusta per farlo approvare in Consiglio dei ministri e non in Parlamento».

Sia per i comuni che per le regioni, il problema sono i soldi. I sindaci, che lamentano un taglio di 2,5 miliardi nel 2011, vogliono capire se il livello delle aliquote e le basi imponibili delle imposte sugli immobili che riscuoteranno, e che il governo non ha ancora indicato, saranno sufficienti per far fronte ai costi standard. Per i governatori il nodo è la sanità: cinque regioni, tutte al Sud, hanno un deficit enorme, stanno definendo piani di rientro difficili e dal-

I comuni

I timori dei comuni dopo il taglio di 2,5 miliardi sui tributi locali

l'esito incerto, e temono che le nuove regole sul calcolo dei costi standard finiscano per acuire il divario con le regioni più ricche. «Chiediamo che si consideri la differenza delle situazioni» dice il presidente del Lazio, Renata Polverini, chiedendo tempo. «Preoccupazioni eccessive, ci saranno compensazioni» dice Romano Colozzi, assessore al bilancio della Lombardia, che un tempo lavorava per il «fronte comune». Ormai una chimera: «Tranquillizzeremo il Sud, ma sul federalismo il nostro obiettivo è andare a cento all'ora» assicura il governatore veneto, Luca Zaia. Martedì prossimo, forse, un nuovo incontro col governo.

Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



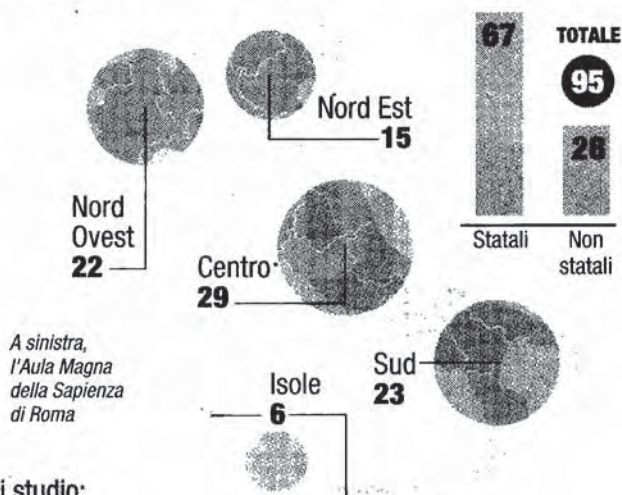
Università Respinta l'ipotesi di rinvio delle lezioni. Il Pd: accettano solo per sopravvivere

Atenei, il fronte comune dei rettori

«La riforma è un treno che va preso»

La Crui vuole stringere i tempi. «Purché arrivino i soldi promessi»

Gli atenei in Italia



A sinistra, l'Aula Magna della Sapienza di Roma

Lo studio: 360

| | | | |
|------------------------|------------------|-------------|---------------|
| Isritti totali | 1.805.269 | Professori | 35.447 |
| Laureati nel 2007 | 184.699 | Ricercatori | 25.435 |
| Età media dei laureati | 27 | Tecnici | 49.635 |

D'ARCO

ROMA — «La riforma dell'università è un treno che non va perso. E deve arrivare in porto rapidamente». Enrico Deleva — Magnifico della Statale di Milano e presidente della Crui, la Conferenza dei rettori — ha appena finito di parlare davanti alla commissione Cultura della Camera, dove la riforma Gelmini sta andando avanti a tappe forzate. Il suo invito a stringere i tempi ha agitato una discussione già animata. La maggioranza vuole chiudere presto, magari prima dell'apertura dell'anno accademico per dribblare le proteste. Ma l'opposizione non è d'accordo: vuole un esame più approfondito e cambiare alcuni punti. Per questo le parole di Deleva provocano la protesta del Pd: «Non si può dire che la riforma va bene — osserva Giovanni Bachelet — solo per ot-

tenere qualche soldo e sopravvivere».

Il riferimento è chiaro. Due giorni fa il ministro dell'Economia Giulio Tremonti ha promesso, senza fare cifre, un rifinanziamento che dovrebbe compensare almeno in parte i tagli già operati in questi anni. Ma ha legato questi stanziamenti, da definire entro dicembre, proprio alla via libera alla riforma. «Di riforma c'è bisogno — dice sempre per il Pd Luigi Nicolais — ma c'è ancora più bisogno di soldi. Temo che ci sia la tentazione di mandare giù il boccone amaro pur di ottenere qualche cosa». Quella che il Pd muove ai vertici della Crui somiglia ad un'accusa di tradimento. La «Crui di Tremonti» come ieri titolava nella sua newsletter l'Andu, l'associazione che raduna cir-

ca 600 docenti universitari. Loro la spiegano così: «Con chi stanno i singoli rettori? In diversi atenei hanno espresso critiche anche pesanti alla riforma. Ma non è tollerabile avere due versioni: nel proprio ateneo si critica la riforma e nella Crui invece la si accetta totalmente». Rettori di lotta e di governo, insomma.

Tra i vertici della Crui la linea sembra compatta. Il vice presidente Giovanni Puglisi — rettore della Iulm di Milano — si dice «assolutamente d'accordo con Deleva, a patto che alle promesse di Tremonti seguano i fatti». La mozione approvata ieri dalla conferenza dei rettori ha respinto l'ipotesi del rinvio dell'anno accademico ed è stata votata all'unanimità con una sola astensione. Ma tra i rettori «ci sono posizioni diverse» come riconosce lo stesso Deleva. Guido Fabiani è il ma-

gnifico di Roma tre: «Così com'è la riforma non va bene affatto. Ci sono elementi positivi ma anche miglioramenti necessari, a partire dalla garanzia di uno sbocco di carriera per i ricercatori». Roberto Lagalla guida l'università di Palermo: «La riforma è necessaria ma servono due cose fondamentali, più fondi visto che la situazione penalizza soprattutto il Sud, ed una garanzia di carriera per i ricercatori». Soldi e ricercatori, i nodi sono questi. Sui soldi bisogna vedere cosa seguirà alla parole di Tremonti. Ma è sui ricercatori che si gioca la prima partita. La loro protesta contro la riforma, cioè il rifiuto di fare lezione, rischia di bloccare la vita di molte università. Nella mozione approvata ieri la Crui appoggia il progetto Gelmini che, soldi permettendo, punta a trasformare in sei anni diecimila ricercatori in professori associati. Bisognerà vedere se, nelle singole università, i ricercatori crederanno a questo progetto. E se i rettori proveranno a convincerli.

Lorenzo Salvia



Atenei privati, SOLDI PUBBLICI

Ricevono 90 milioni dallo Stato. Usano professori spesso pagati dalla collettività. E chiedono rette salate agli studenti. Radiografia delle università non statali

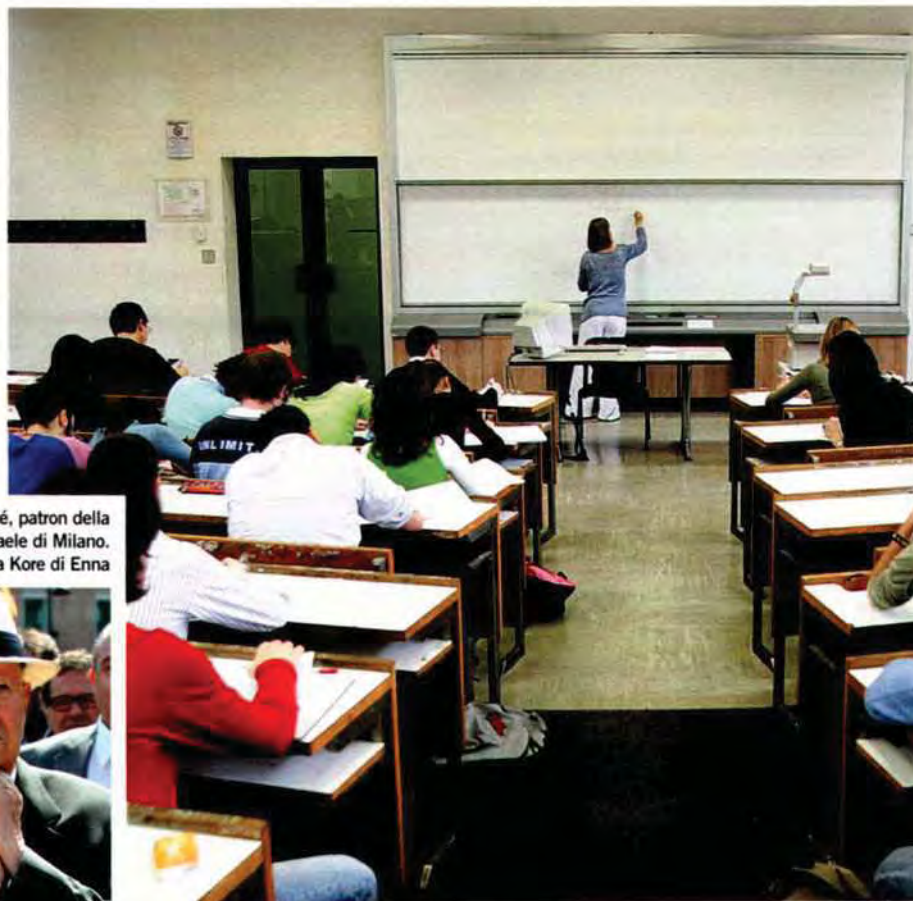
DI LETIZIA GABAGLIO E DANIELA MINERVA

Non si preoccupi Catia, mandiamo un'auto a prenderla alla stazione di Novedrate. All'orario che preferisce, anche di sera se le è più comodo». Catia Porcu ha telefonato all'E-campus per avere informazioni su un corso di Psicobiologia. Risposta al primo squillo, auto a disposizione, accoglienza a cinque stelle all'ingresso del campus nel cuore della Brianza dove tutti sanno chi è, cosa vuole e la chiamano per nome. «Proprio come alla Sapienza!», pensa tra sé e sé la giornalista de «L'Espresso» che impersona Catia e ha studiato nel caos dell'ateneo romano. Ma a Novedrate regnano ordine ed efficienza: l'università telematica di Francesco Polidori, fondatore del Cepu e grande amico di Silvio Berlusconi, promette corsi superabili con due ore di studio al giorno, sufficienti a passare un esame ogni mese e mezzo. Così, con 10-13 mila euro ti porti a casa in fretta una laurea, dando esami a raffica. Insomma, «un ateneo in cui si laureano ragazze belle e preparate e che non assomigliano a Rosy Bindi», come ha detto Berlusconi in visita col ministro Mariastella Gelmini all'E-campus nel luglio scorso. Ma se l'E-campus fa notizia grazie alle battute del premier, l'Italia brulica di istituti universitari non statali, telematici e in carne e ossa, che crescono anche grazie al denaro pubblico. Innanzitutto perché, per lo più, pescano il loro personale do-

cente nell'infinito parco dei professori ordinari che costano allo Stato circa 200 mila euro l'anno, ma che invece che curare a tempo pieno i guai dei loro studenti vanno a insegnare nelle università private che se li aggiudicano con contratti da 15-20 mila euro l'anno. E poi perché

si portano a casa denari contanti: circa 90 milioni di euro sono quelli che vengono direttamente dal ministero ai quali si aggiungono i fondi delle amministrazioni locali che spingono per avere ognuna il suo piccolo campus. L'ultima in ordine di tempo è la sparata del vice-sindaco di Como, Ezia Molinari, che ha espresso l'intenzione di creare un ateneo indipendente nel suo comune, l'Alessandro Volta, apposta per i comaschi non contenta che a pochi chilometri di distanza ci sia già la Carlo Cattaneo di Castellanza, voluta dall'Associazione degli industriali di Varese.

L'Università di Castellanza è legata a doppio filo con le esigenze concrete del tessuto produttivo di quella ricca regio-



Don Luigi Verzé, patron della università San Raffaele di Milano. In alto a destra: la Kore di Enna



ne; e, stando alle rilevazioni sull'occupazione degli studenti del consorzio Alma Laurea, la gran parte dei laureati trova lavoro sul territorio. Così non è, però, per la maggior parte degli atenei non statali. A sentire le valutazioni degli esperti e a leggere le relazioni del Comitato nazionale di valutazione sulle università (Cnvsu) si scopre che su 30 atenei non statali riconosciuti dal ministero e che, quindi, offrono titoli con valore legale, quelli che si salvano si contano sulle dita di una mano o poco più. Tra questi ci sono ovviamente le blasonatissime (la Bocconi, la Luiss, la Cattolica, per prime) che, annota Andrea Cammelli, direttore del Consorzio Alma Laurea che raccoglie e valuta la maggior parte degli atenei ita-

liani, «offrono servizi di prim'ordine, hanno posti proporzionali a quelli che possono assistere e curano moltissimo i loro studenti. In molti casi poi, la Bocconi o la Cattolica ne sono un esempio eclatante, finiscono con l'essere una rete che garantisce relazioni solidissime col mondo del lavoro e accademico. Insomma, se ti laurei in Bocconi, sei un bocconiano per tutta la vita». Ma è proprio cannibalizzando la fama e il successo di alcune grandi istituzioni non statali che prolifera una pleiade di piccoli atenei privati di qualità più che discutibile, sostanzialmente a caccia di giovani e meno giovani desiderosi di appen-

dere una laurea al muro. Partendo da una quota che va dal 5 al 10 per cento della popolazione universitaria che s'incaglia all'ultimo anno. «Non riescono a chiudere. Colpa di un esame killer, di un figlio in arrivo all'improvviso, di un lavoro a cui non si può né si deve rinunciare. Su questo esercito di "sbandati" che si sono buttate le università non statali, promettendogli di far recuperare crediti e di chiudere in fretta», spiega Cammelli. Magari anche grazie all'aiuto di fun- ▶

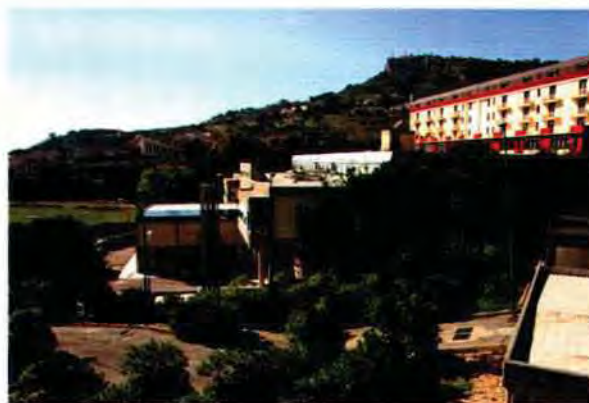


Foto: D. Pugliesi - Fotogramma, M. Di Rienzo - Prospetti, Shobha - Contrasto



Caccia alla matricola

| Università non statali accreditate dal Ministero | Iscritti 2009-2010 | Laureati 2009 | Costo del 1° anno euro* | Finanziamento statale euro** |
|--|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------------------|
| Aosta - Università degli studi | 1.194 | 127 | 807 | 886.282 |
| Bolzano - Libera università | 2.957 | 476 | 1.280 | 2.179.354 |
| Bra (Cn) Scienze Gastronomiche | 238 | 53 | 13.500 | in attesa*** |
| Casamassima - Jean Monnet | 896 | 280 | 3.750 | 723.977 |
| Castellanza - Carlo Cattaneo | 1.755 | 533 | 6.304 | 1.983.641 |
| Enna - KORE | 3.521 | 411 | 1.900 - 2.500 | in attesa** |
| Milano - (IULM). | 4.149 | 1.197 | 3.500 - 8.500 | 4.552.699 |
| Milano - Roma - Cattolica | 37.304 | 8.453 | 2.900 - 5.800 | 42.904.332 |
| Milano - Bocconi | 12.925 | 3.672 | 4.463 - 10.033 | 14.428.127 |
| Milano - San Raffaele | 1.900 | 504 | 1.800 - 11.000 | 3.035.194 |
| Napoli - Suor Orsola Benincasa | 9.964 | 1.725 | 1.600 - 3.500 | 4.809.582 |
| Reggio Calabria - Per stranieri | 299 | - | 406 - 1.850 | in attesa** |
| Roma - San Pio V | 1.118 | 361 | 3.900 - 4.200 | 1.119.835 |
| Roma - Luiss | 7.353 | 1.732 | 7.500 - 9.000 | 5.382.679 |
| Roma - Lumsa | 6.604 | 1.610 | 1.300 - 5.700 | 4.340.201 |
| Roma - Campus Bio-Medico | 1.080 | 189 | 10.000 | 1.755.551 |
| Roma - Europea | 850 | 123 | 4.000 - 5.600 | in attesa** |
| Roma - LINK University of Malta**** | 1.143 | 256 | 8.000 | non finanziato |
| Zagarolo - Touro University**** (Touro College New York) | apertura settembre 2011 | | 6.000 - 10.000 | non finanziato |
| TOTALE | 95.250 | 24.702 | | 88.101.454 |

* I prezzi dipendono dal tipo di corso di laurea

** Finanziamento pubblico a università private (D.M. 18 giugno 2009, n.67)

*** In attesa di ottenere accesso ai contributi da parte del Comitato Nazionale Valutazione Sulle Università

**** Filiazioni di università straniere i cui titoli sono riconosciuti dallo Stato italiano

Fonte: nostra elaborazione su dati Alma Laurea

INCHIESTA



zionari compiacenti che hanno fornito l'elenco degli "incagliati" a istituti che li hanno poi prontamente informati della possibilità di risolvere il loro problema, a pagamento. Mentre, annota ancora il direttore di Alma Laurea, «sono gli stessi atenei statali che dovrebbero sistematicamente individuare questa popolazione e proporre programmi ad hoc. Se fatto seriamente questo lavoro può portare alla conclusione dell'iter di un giovane che altrimenti rischia di perdersi».

Accanto a questi ragazzi, poi, c'è una notevole quantità di studenti lavoratori che hanno bisogno non di una istruzione, ma di una laurea: per fare un concorso pubblico nella pubblica amministrazione o anche solo per realizzare un sogno di famiglia e far contento il papà taxista o carrozziere che sogna un figlio laureato ma ne ha fatto uno senza il minimo talento per lo studio. Insomma, tutte insieme, stiamo parlando di oltre 40 mila persone che si sono iscritte al nuovo anno accademico disposte a pagare per non imparare quasi nulla.

E a pagare rette anche assai consistenti e non sempre motivate, magari per avere un'istruzione più vicina ai propri orientamenti religiosi, ad esempio alla nascente Touro University of Zagarolo, espressione della ebraica Touru di New York, o alla Maria SS Assunta di Roma (Lumsa), dove è tutto cattolicissimo e, ci dicono gli studenti, con una laurea in mano hai «una corsia preferenziale negli istituti di istruzione o di cura cattolici». Già perché questa spesso è la ragione ultima degli atenei privati: su modello dei "bocconiani per sempre"



Quelli che studiano on line

Gli 11 campus telematici che rilasciano titoli di studio con valore legale

| Università telematiche accreditate dal Ministero | Iscritti 2009-2010 | Laureati 2009 | Costo del 1° anno* |
|--|--------------------|---------------|--------------------|
| Benevento - Giustino Fortunato | 424 | 41 | 2.500 |
| Firenze - Italian University line | 41 | 24 | 1.400 - 1.800 |
| Milano - UNITEL | 226 | 18 | 2.500 |
| Napoli - Pegaso | 2.246 | 546 | 3.000 |
| Novedrate (CO) - E-campus | 2.271 | 30 | 3.900 - 13.100** |
| Roma - Guglielmo Marconi | 11.198 | 1.314 | 2.150 - 2.300 |
| Roma - TEL.M.A. | 663 | 192 | 1.800 - 4.000 |
| Roma - Unisu | 3.927 | 419 | 2.400 |
| Roma - UNINETTUNO | 3.271 | 114 | 2.000 |
| Roma - Mercatorum | 47 | - | 2.000 |
| Torrevecchia Teatina (CH) Leonardo da Vinci | 370 | 27 | 2.000 |

* I prezzi dipendono dal tipo di corso di laurea e dalla fascia di reddito

** Il prezzo varia a seconda delle ore mensili con un tutor in persona per lezioni private

Fonte: nostra elaborazione su dati Alma Laurea

o di "quelli della Cattolica", lobby potenti e reti di assistenza, la maggior parte degli atenei non statali si presenta come l'epicentro di relazioni che possono garantire ai giovani assistenza nel post-laurea. Alcune, come la Lumsa o la Cattaneo di Varese certamente lo sono. Altre finiscono con l'essere più spesso piccoli business capaci - con i fondi pubblici e le rette non banali degli studenti - di muovere una discreta quantità di denari e ac-

carezzare non poche vanità.

Due elementi che devono aver contato, ad esempio, nel convincere il senatore forzista Giuseppe De Gennaro a fondare nel 1995 la Libera Università Mediterranea Jean Monnet in un capannone prefabbricato nell'entroterra barese, a Casamassima. Il senatore si è spento pochi anni fa e il suo posto di magnifico rettore lo ha preso il figlio Emmanuele: laurea 2-300 persone l'anno e fa contenti un bel po' di professori baresi che tiene a contratto tra gli ulivi. Si presenta come il luogo di formazione della classe dirigente e vanta circa 200 aziende partner. Palesi illusioni bocconiane e 723 mila euro l'anno di fondi pubblici.

La Touro University di Zagarolo. In alto, da sinistra: la Suor Orsola Benincasa di Napoli; Berlusconi all'E-Campus; la biblioteca della Bocconi

Che, però, non sono ancora arrivati alla Kore di Enna. Doveva essere il quarto polo dell'istruzione supe-

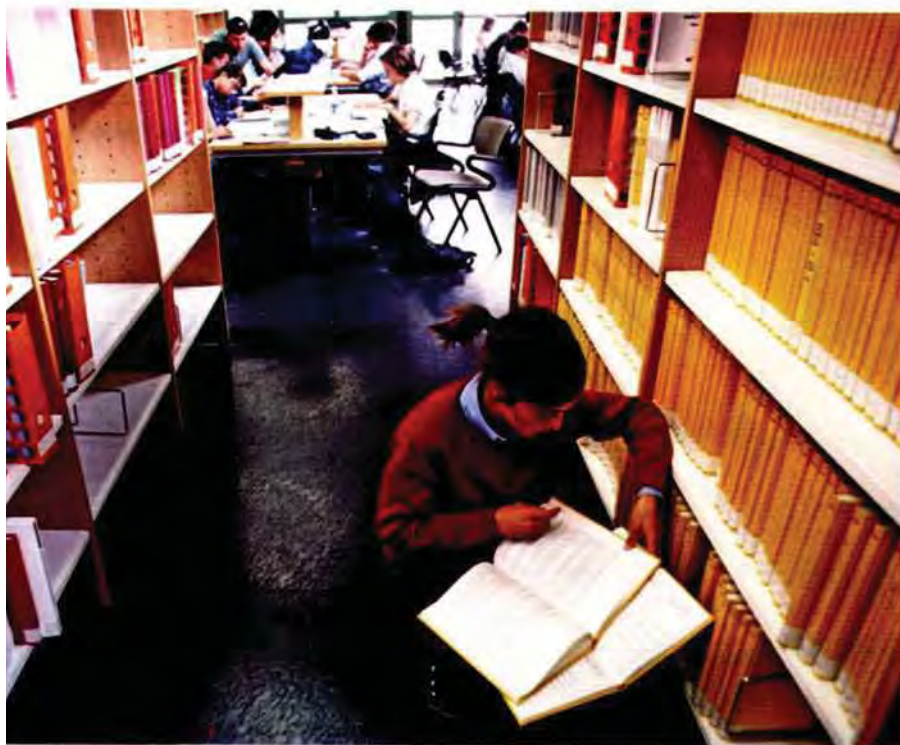


Foto: V. Manoni - Contrasto, S. M. Bartolacci, R. Cicconi - Contrasto

riore siciliana, voluta nel 1995 con spirito bipartisan dalla Provincia retta dal centrosinistra e dall'allora governatore di centrodestra Antonino Cuffaro. Ma a mettere i bastoni tra le ruote al campus di Enna sembra essere lo stesso Comitato che ha espresso non poche perplessità sulla qualità dell'ateneo e ritarda il parere vincolante che dovrebbe sbloccare i finanziamenti ministeriali. Il Comitato si trincerava dietro a un non-pronunciamento perché le pressioni sono tante e forti. Fosse per gli esperti, a Enna non arriverebbe nemmeno un euro pubblico, ma oggi a scendere in campo c'è persino il ministro Giorgia Meloni che dà voce allo sponsor più entusiasta dell'ateneo, la Giovane Italia (movimento fondato dal ministro l'anno scorso) siciliana, e spinge addirittura perché la Kore sia inglobata nel grande calderone delle università statali. Resta però il fatto che 3.500 ragazzi stanno frequentando le lezioni e attorno a loro si consuma un balletto che ha poco a che fare con la qualità dell'insegnamento.

Decidere quali università, statali e non, sono di qualità è un rebus che in Italia sembra insolubile. Ma non c'è dubbio che le università che sfuggono al controllo diretto del ministero, nate il più delle volte per fare cassa o per coagula-

re consensi e vanità di potentati locali, sono un buco nero. Basti pensare che un no secco alle università on line, una quota piccola ma in crescita delle private ancora però in attesa di finanziamento pubblico, lo hanno detto sia l'ex ministro Fabio Mussi e sia Mariastella Gelmini che ha dichiarato di volerle bloccare; salvo poi andare con Berlusconi in visita all'E-campus.

Ma Polidori è una colonna di Forza Italia e non stupisce che sia stato uno dei primi ad accreditarsi presso il ministero allora retto da Letizia Moratti. Perché a volere le università on line fu, con un decreto del 2003, proprio la ministra insieme al collega Lucio Stanca. A dire il vero, un'esperienza pre-esistente e virtuosa c'era: il consorzio di università pubbliche Nettuno voluto molti anni prima dall'allora ministro Antonio Ruberti. Ma l'impresa non era decollata e gli atenei si erano sfilati uno a uno dall'on line. Fino al decreto Stanca-Moratti che ha aperto la strada alle università telematiche non statali e al proliferare di accreditamenti: nel 2006 erano già 11 le università riconosciute dal ministero. Un'enormità. Che ha spinto l'allora ministro Fabio Mussi a fermare la corsa e a chiedere al Comitato di valutazione una revisione. Il dato che salta agli occhi agli esperti, in-

Occhio al bluff

Chi voglia scegliere un'università non statale cominci a farsi cinque domande.

1. Chi ci insegna?

È obbligatorio che gli atenei indichino sui loro siti o comunque rendano pubblici nome, cognome e curriculum del docente di ogni corso. Se non lo fanno, vuol dire che si sottraggono all'esame degli studenti e della comunità accademica.

2. Quanti sono i docenti?

Il ministero ha stabilito per le università statali dei criteri precisi: per ogni corso di laurea ci devono essere almeno nove professori di ruolo. Le non statali dovrebbero rispettare questo criterio.

3. Rilascia titoli con valore legale?

Si deve sempre consultare il sito del Miur per verificare che quell'università sia effettivamente accreditata in Italia. Se è possibile ricevere un titolo di studio basandosi esclusivamente sull'esperienza professionale o su notizie fornite tramite CV, e se l'istituzione rilascia titoli onorifici è evidente che non è accreditata.

4. Questo titolo sarà spendibile all'estero?

Se l'istituto dichiara di essere riconosciuto in tutto il mondo e si autodefinisce "globale", "mondiale", "internazionale" o dichiara di non rilasciare titoli propri ma di essere il tramite di università estere riconosciute bisogna verificare nei database internazionali che sia davvero così.

5. Questa università è un diplomificio o un luogo di apprendimento?

Se vi dicono che frequentare le lezioni non è importante, se l'accumulazione dei crediti richiede pochi adempimenti o il titolo è rilasciato in un periodo troppo breve rispetto alla durata normale dei corsi, vuol dire che l'ateneo è interessato ad acquisire molti studenti piuttosto che a fornirgli una preparazione adeguata. Per avere un'idea dell'ateneo che avete davanti potete consultare il sito del Cnsu dove ci sono le valutazioni delle università.

fatti, è il numero eccessivo di autorizzazioni: in paesi con una tradizione di e-learning molto più avanzata della nostra, per esempio la Gran Bretagna, le università telematiche si contano sulle dita di una mano. E hanno un bacino di studenti sostanzioso: la celebre Open University, in Gran Bretagna, per esempio, ha più di 180 mila iscritti.

In Italia, invece, 11 istituzioni si spartiscono, in questo anno accademico, 24.684 studenti, dei quali quasi la metà si affi- ▶

dano alla Guglielmo Marconi di Roma (che ha ereditato il bacino d'utenza di un istituto da sempre specializzato nel recupero crediti). Alla Giustino Fortunato di Benevento, il campus elettronico retto dall'ex ministro prodiano Augusto Fantozzi, ad esempio, si danno un gran da fare per 424 studenti.

Ma non è solo per questo che il Comitato ha siglato un documento molto critico e ritarda il parere che deve sbloccare i finanziamenti pubblici. Le istituzioni che gestiscono queste università, a sentire gli esperti ministeriali, per lo più non hanno esperienza nel campo dell'istruzione universitaria: su 11, solo la Uninettuno, l'erede del consorzio pubblico Nettuno, oggi come ieri retta da Maria Amata Garritto, operava in questo campo anche prima dell'accreditamento. Non solo: nessuno degli atenei è stato in grado di mantenere fede alle promesse fatte al ministero per ottenere l'accreditamento. E il numero dei docenti è ridicolo: al momento i docenti di ruolo sono 42, mentre se si applicassero i requisiti richiesti alle università convenzionali dovrebbero essere più di 700.

La conclusione degli esperti è univoca, e si applica sia alle telematiche che alle non statali: bisogna che ci sia un organismo capace di valutare tutte le università, tutte insieme, con gli stessi parametri. Per fare delle classifiche pubbliche e trasparenti. Notizia recente è che il ministro Gelmini ha chiesto a tutte le università statali di entrare nel Consorzio Alma Laurea per avere un'analisi omogenea di tutti gli atenei italiani. Il passo successivo, avvisano gli esperti, dovrebbe essere quello di sottoporre agli stessi criteri valutativi anche le non statali.

ha collaborato Tiziana Moriconi

QUASI QUASI MI COMPRO UNA LAUREA

Rilasciano titoli senza valore legale. Sono nel mirino dell'Antitrust. E costano care. Ecco le fabbriche di titoli. Inutili. Delle quali il ministero non sa nulla

di **Letizia Gabaglio e Daniela Minerva**

Ironia della sorte. È toccato proprio ai ricercatori del Cimea, l'istituto che si occupa di valutare le equivalenze accademiche, di trovarsi di fronte a una targa più che dubbia. Erano andati dal ristoratore dove vanno a pranzo, vicino alla sede romana dell'istituto, per informarsi su un possibile catering in occasione di un convegno. Il panettiere li ha fatti accomodare in uno studiolo dove campeggiava un attestato di laurea di un'improbabile università americana. Senza alcun valore legale, naturalmente, ma di sicuro impatto su potenziali clienti. Perché per chi vuole solo un titolo di dottore, una strada ancor più semplice e molto glamour è quella di comprarsi un titolo da una delle tantissime organizzazioni che lo offrono.

Stando a un rapporto stilato nel 1996 dal Consiglio d'Europa: l'Italia è al terzo posto nel mondo con 143 istituzioni irregolari; al primo posto ci sono gli Usa con più di 400, al secondo posto il Regno Unito con 195.

Fino al 1994 il ministero censiva le università irregolari e ne pubblicava i nomi in una circolare periodica, poi nulla più. Viale Trastevere se ne lava le mani e chi resta fregato, peggio per lui. Nonostante l'Autorità garante per la concorrenza e il mercato abbia emanato negli ultimi anni circa 150 provvedimenti proprio a carico di questi diplomifici. Come rivela uno studio condotto dai ricercatori del Cimea guidati da Carlo

Finocchietti ("Fabbriche di titoli", on line sul sito del Cimea) che analizza a fondo la situazione.

Colpita dall'Authority è stata, ad esempio, The Yorker International University che rilascia honorary degrees e doctorate in varie discipline, come le scienze immobiliari. La cerimonia di consegna dei titoli avviene tra i damaschi di Palazzo Borghese, a Firenze, con allori e ermellini di contorno. «Un peccato di vanità, a pagamento», lo definisce Finocchietti che stima che il costo del peccato, all inclusive, si aggiri sui 10 mila euro. L'Autorità ha accusato la Yorker di messaggi pubblicitari che facevano infatti intendere che quelli rilasciati fossero titoli con valore legale in Italia. «I diplomi irregolari rilasciati da istituti non accreditati provocano un danno sociale», commenta Finocchietti: «Sono dannosi per gli studenti, che spendono tempo e soldi per procurarsi dei titoli non spendibili; per i datori di lavoro che, se non sono accorti, rischiano di assumere e dare posti di responsabilità a persone non qualificate».

E la presunta regolarità dei titoli rilasciati dalla Università Popolare San Tommaso D'Aquino (blasfemo scimmiettamento della blasonatissima e vaticana Pontificia Università San Tommaso D'Aquino) ha attirato l'attenzione della pm parmense Paola Dal Monte che, il 21 gennaio del 2009, ha mandato i carabinieri a sirene spiegate nella sede di Zibello dell'ateneo

e accusato i vertici di associazione a delinquere finalizzata alla truffa.

Per più di dieci anni la San Tommaso aveva aiutato aspiranti laureati, con supporto tecnico, legale e burocratico, a conseguire lauree o diplomi in università riconosciute. Ma non si era limitata a questo: core business dell'associazione era una collaborazione con le Università rumene Tito Miorescu e Vasile Goldis tramite le quali offriva corsi di Odontoiatria in Romania. Molti gli iscritti a corsi per un titolo che in Italia non ha alcun valore legale. Ma chi ci fa caso, appeso a un muro di un paesino della Bassa.

«COLPIRÀ QUASI CINQUE
MILIONI DI ITALIANI»

L'influenza?
Aggressiva
e in anticipo
«C'è un vaccino
più sicuro»

FOVANNA ■ A pagina 5

L'influenza arriva in anticipo «Un nuovo vaccino più sicuro»

La novità: micro-iniezione sotto pelle e niente potenziatori d'effetto

LE AUTORITÀ SANITARIE USA FISSANO AL 75%
LA SOGLIA DI POPOLAZIONE OVER 65
CHE DEVE VACCINARSI: L'ITALIA È LONTANA

di ENRICO FOVANNA

— MILANO —

A TRE GIORNI dall'inizio dell'autunno, emergono già le prime stime sulla stagione influenzale, che quest'anno si prevede metterà a letto dai 2 ai 5 milioni di italiani. Le stime degli esperti, sulla base di quanto già avvenuto nell'altro emisfero, vengono diffuse da Fabrizio Pregliasco, virologo dell'università Statale di Milano. «Quest'anno — spiega a Milano, durante la presentazione del primo vaccino antinfluenzale a somministrazione intradermica — ci aspettiamo anche un inizio della stagione anticipato. I primi contagi potrebbero già cominciare a fine ottobre o inizio novembre. Infatti anche il ministero della Salute ha deciso di accelerare i tempi per il debutto della campagna di vaccinazione».

E QUEST'ANNO, oltre all'iniezione tradizionale, ci sarà un'arma in più: sarà disponibile, per

chi ha più di 18 anni, un nuovo vaccino intradermico, ossia appena sottopelle, che punta a stimolare le difese senza l'aggiunta di sostanze adiuvanti. Che, inserite per potenziare la risposta immunitaria, hanno però ricevuto più di una critica nel mondo scientifico. Il nuovo farmaco, prodotto dalla Sanofi Pasteur Msd, rientra già nella circolare del ministero della Salute e saranno le singole Regioni a decidere se procedere con le ordinazioni. Secondo studi clinici — spiega l'azienda — il ruolo degli adiuvanti chimici viene sostituito dal derma: per via delle sue potenzialità naturali riesce a garantire una stimolazione migliorata del sistema immunitario. È l'effetto — promette — è pari al prodotto 'potenziato' iniettato per via intramuscolare.

PROTAGONISTI della stagione influenzale, secondo Pregliasco, saranno «tre virus, tra cui figura anche l'H1N1, declassato da

pandemico a stagionale, assieme a due altri di origine australiana: l'H3N2 e il B-Brisbane». L'H1N1, all'origine della pandemia dello scorso anno, «non ha ancora finito la sua opera — avverte Pregliasco —. Il virus infatti non ha infettato tutti nella prima passata e colpirà ancora. Potrebbe esserci anche una recrudescenza», ma l'esperienza dell'Australia, che ci ha preceduto nel viaggio verso il grande freddo invernale, «suggerisce una co-presenza dei tre virus».

Lo specialista coglie l'occasione per lanciare un appello: «Vaccinatevi. Più persone si immunizzano contro l'influenza e meno circoleranno i virus». Un invito rivolto



non solo agli over 65 e ai soggetti a rischio, per i quali la raccomandazione è più stringente, «ma a tutti. E una forma di protezione per l'intera famiglia».

MA GLI ITALIANI sembrano non sentirsi molto bene in materia. Per la stragrande maggioranza di loro, infatti, vaccinarsi è superfluo, inutile o addirittura dannoso. A confermarlo un'indagine di Doxapharma su un campione rappresentativo della popolazione, diffusa ieri a Milano. Lo scetticismo emerge dalle risposte alle interviste, raccolte a marzo tra 1.009 persone tra i 15 e gli 80 anni. Tanto che il 74% si dichiara non favorevole alla vaccinazione. Tra chi non vorrebbe sottoporsi alla prevenzione, il 78% ha meno di 55 anni, con una maxi rappresentanza degli under 35 (60%).

E pro-immunizzazione solo il 26% degli italiani e il 70% di questi ha più di 55 anni. Un gruppo di «attivisti» che sceglie di vaccinarsi per sé e per evitare rischi di contagio anche a chi li circonda.

IL VIROLOGO

«I contagi già da fine ottobre. Alla fine, si ammaleranno quasi 5 milioni di italiani»

LA SCHEDA

1,5

I MILLIMETRI

La dimensione del micro-ago che viene usato per il nuovo vaccino sottopelle: è 10 volte più piccolo degli aghi normalmente usati

2

LE FORMULAZIONI

Il nuovo vaccino è in duplice veste: una per chi ha tra i 18 e i 59 anni, l'altra per gli over 60. Saranno le Regioni a decidere se ordinarlo

H1N1

IL CEPPO

L'influenza A, che da pandemica è stata 'declassata' a stagionale, è fra i tre ceppi d'influenza che arriveranno a breve

74%

I CONTRARI

Chi non si vaccinerà contro l'influenza stagionale ha in grande maggioranza meno di 55 anni: si sente giovane e quindi non a rischio

70%

GLI OVER 55

All'interno del 26% di chi, invece, si sottoporrà alla vaccinazione, moltissimi hanno più di 55 anni: lo farà per sé e per evitare rischio di contagi

IL FARMACISTA IN PRIMA LINEA: PRONTO UN MILIONE DI VOLANTINI

PER SENSIBILIZZARE gli italiani alla prevenzione antinfluenzale scende in campo anche la Federazione Ordini farmacisti italiani (Fofi), con la campagna «Se la conosci la eviti. Conosci meglio l'influenza e proteggiti». Prevista la distribuzione di più di un milione di volantini informativi sul tema. «Giovani e adulti — spiega Andrea Mandelli, presidente della Fofi — spesso si informano in farmacia e non dal medico: per questo i farmacisti devono avere un ruolo attivo nella prevenzione».

Ospedali, tensione e rabbia per chiusure e accorpamenti

Sono previsti tagli di posti letto anche in alcune strutture dei capoluoghi

BARI E PROVINCIA

Undici ospedali e 283 posti in meno. Cure dimagranti pure al San Paolo e al Di Venere. Il deficit dovrebbe essere ridotto di un terzo

Nel piano di rientro sanitario della Regione Puglia rientra anche la riorganizzazione delle strutture ospedaliere che prevede chiusure e accorpamenti. Tutto ciò sta creando preoccupazione nei paesi che dovrebbero essere interessati dai provvedimenti.

BARI

● Undici ospedali e 283 posti letto in meno, azzerati presidi storici come Bitonto e Triggiano, riconvertiti Ruvo e Noci, ridimensionato Terlizzi, una pesante cura dimagrante anche per i due ospedali del capoluogo (San Paolo e Di Venere). Il piano dei tagli previsti per la Asl Bari, la più grande azienda sanitaria locale della Puglia, dovrebbe, secondo i calcoli effettuati dagli esperti, permettere di ridurre di un terzo il deficit annuale (che si aggira sui 330 milioni di euro). E alcune delle misure predisposte dal direttore generale della Asl Nicola Pansini sono già operative, scatenando le proteste dei sindaci. I cittadini di Rutigliano, Gravina, Grumo e Sante-ramo perdono l'ospedale sotto casa, sostituito da servizi ambulatoriali o di lungodegenza. A regime la rete ospedaliera della provincia di Bari sarà composta da 7 plessi rispetto agli iniziali 18: ma per l'apertura dell'unica struttura nuova, l'ospedale Della Murgia, serviranno almeno due anni. La proroga a 67 anni del limite dell'età pensionabile per il personale medico della Asl di Bari, viene chiesto dal capogruppo del Pd alla Regione Puglia, Antonio Decaro che ha inviato una lettera all'assessore alla Sanità, Tommaso Fiore, e al dirigente della Asl Bari, Nicola Pansini.

FOGGIA

● C'era anche una delegazione di cittadini e rappresentanti delle istituzioni a Bari, in occasione del consiglio regionale, per manifestare contro i tagli in materia di sanità previsti nel piano di rientro regionale predisposto dal governo pugliese per ottemperare alle richieste del governo centrale. Si oppongono al ridimensionamento dell'ospedale Umberto Primo e alla riconversione in ospedale di Comunità. In provincia di Foggia sono altri due gli ospedali nel mirino dei tagli: Torremaggiore e Monte Sant'Angelo da riconvertire in lungodegenza, mentre i tagli hanno già interessato strutture un po' in tutte le parti della Capitanata, da Foggia (accorpamento di reparti al D'Avanzo) a Cerignola, San Severo e Lucera.

BRINDISI

● Pronti alla mobilitazione e, all'occorrenza, anche a fare le barricate. I comuni della provincia, finiti sotto la scure del riordino ospedaliero, non ci stanno e si dichiarano pronti a vendere cara la pelle. A Brindisi nei giorni scorsi si è tenuta un'assise civica monotematica al termine della quale si è espressa la più netta contrarietà alle ipotesi di rientro del debito pubblico con tagli di posti letto nell'ospedale «Perrino» e, tantomeno, con tagli sul personale. Ma i malumori e i cori di protesta continuano a sollevarsi anche negli altri comuni. A Ostuni, ad esempio, si respira un clima di polemiche ed invettive, alla luce della ventilata possibilità che i reparti di ostetricia e ginecologia vengano trasferiti a Fasano. Stesso clima di battaglia si respira a Cisternino, Ceglie e Mesagne che si vocifera possano essere ridotti a semplici punti di pronto intervento.

LECCE E PROVINCIA

A Campi Salentina, Nardò, Poggiardo e Gagliano del Capo, alcuni dei centri interessati dalla «scure», sono pronti a dare battaglia

BAT

● Nell'Asl Bat 1 sono due gli ospedali finiti nel mirino del piano dei tagli previsti dalla Regione. A chiudere i battenti insieme ad altri sedici nosocomi pugliesi saranno infatti i presidi ospedalieri di Minervino e Spinazzola. La scure della riorganizzazione ospedaliera si abatterà su due ospedali che distano una manciata di chilometri. L'ospedale di Spinazzola nel corso di questi anni è stato già impoverito di servizi e reparti, sebbene per decenni sia stato punto di riferimento per molte città della vicina Basilicata. Stessa sorte toccherà all'ospedale di Minervino, che invece aspirava a diventare struttura specializzata in lungodegenza e hospice per malati terminali o affetti da patologie croniche, salvaguardando però il punto di primo intervento e dodici posti di medicina generale. (Rosalba Matarrese)

LECCE

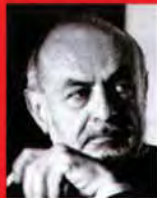
● Troppi undici ospedali in provincia di Lecce per sperare di evitare tagli notevoli. Che ovviamente sono previsti, e saranno dolorosi. A Campi Salentina, a Nardò, a Poggiardo ed a Gagliano del Capo sono, però, decisi a dare battaglia e preparano le barricate. Di chiudere i loro ospedali non ne vogliono proprio sapere. Più tranquilla la situazione a Maglie dove sembrano rassegnati e chiedono, in cambio, il potenziamento dei servizi territoriali. Situazione anomala, poi, a San Cesario dove l'ospedale specializzato in malattie polmonari dovrebbe cedere il posto ad un centro di riabilitazione. Ma torniamo a chi protesta. A Nardò un gruppo di professionisti ha



costituito un comitato di difesa accanto al quale si muovono anche i politici, di entrambi gli schieramenti, tutti contrari alla chiusura. A Campi Salentina la polemica infuria da anni con accuse reciproche tra il centrodestra ed il centrosinistra. E si profila l'ipotesi di dimissioni che i consiglieri comunali presenterebbero al prefetto. A Poggiardo si trova l'unico ospedale con bilancio in attivo ma questo merito non ha commosso l'assessore regionale. Dimissioni e barricate minacciate anche a Gagliano del Capo.

TARANTO

● Saranno 285 i posti letto da tagliare negli ospedali del Tarantino entro fine 2010, altri 40 entro il 2012, per un totale di 325. Da chiudere due ospedali, quello di Massafra (da trasformare in casa della salute) e quello di Mottola (che diventa struttura specialistica di riabilitazione, secondo quanto prevedeva in realtà lo stesso Pal). Ma con i tagli previsti, drastico anche il ridimensionamento dell'ospedale di Grottaglie. A protestare vibratamente per tagli e ridimensionamenti degli ospedali sono stati soprattutto i sindaci, in primo luogo quelli dei Comuni interessati ai tagli più pesanti. Così ha fatto il sindaco di Massafra, Martino Tamburrano, esponente del Pdl, scagliatosi più volte contro le politiche regionali. Ma nella comunità locale non è stato da meno il fronte del centrosinistra preoccupato che gli utenti massafresi debbano sobbarcarsi notevoli disagi. Anche il sindaco di Mottola, Giovanni Quero (Pdl), ha minacciato azioni dimostrative perché convinto che il progetto di trasformazione dell'ospedale non riuscirà a decollare. (m.r.g.)

**Il caso****Malati di medicina**

DI ROBERTO SATOLLI

Il nostro stato di salute dipende da quanto assiduamente lo indaghiamo, con test ed esami. Cominciamo da un fatto ben noto a chi si occupa di sanità: l'intensità con cui vengono utilizzati i servizi medici varia da regione a regione. La quantità di visite, esami, radiografie, farmaci e ricoveri in un anno è in media molto diversa per chi vive a Milano o in Umbria, a Seattle o nel Connecticut. E non è detto che gli abitanti delle zone ad alto consumo sanitario stiano meglio e campino più a lungo di quelli che si trovano in zone a basso consumo. Anzi, vi sono fior di studi che dimostrano il contrario, tanto che comincia a farsi strada l'idea che per la salute spesso "meno è meglio".

Ma viene prima l'uovo o la gallina?

Per rispondere a questo dubbio, all'Università di Dartmouth hanno pensato di sfruttare la facilità con cui gli americani cambiano casa, e Stato, e di studiare che cosa accade alle persone che vanno a vivere in una zona a più alta intensità di uso dei servizi medici, o viceversa. Pur partendo da condizioni di salute simili, quelli che si stabiliscono in una zona ad alta intensità cominciano subito

a fare più visite e più esami, perché rientra nello "stile" di attività dei medici e degli ospedali del luogo. Ed inevitabilmente accumulano rapidamente un numero di diagnosi di nuove malattie (soprattutto alla prostata, alla tiroide, al cuore e ai vasi), nettamente superiore rispetto ai concittadini che migrano in zone a bassa medicalizzazione, secondo i dati pubblicati sul "New England Journal of Medicine". E così, per il semplice fatto di avere traslocato, alcuni si trovano ad essere etichettati come molto malati, pur stando in realtà come prima. Valutando la loro salute col sistema a "punteggio" utilizzato da Medicare (la mutua Usa per gli over 65), i più medicalizzati si trovano con uno score di gravità apparentemente più alto del 20 per cento.



Quindi, più i medici si prendono cura assiduamente della salute dei cittadini, e più questi appaiono afflitti da molte malattie, più o meno gravi: e questo paradossalmente rinforza la convinzione nella bontà dello stile di assistenza più aggressivo.