

I dati sui neolaureati in ospedale. E al Gemelli équipe tutta rosa

# Medici, il sorpasso delle donne

## I camici rosa

148mila le donne medico in Italia

37% degli iscritti degli albi

tra i medici sotto i 35 anni



il 64% è femmina

Totale 67.980 specialisti

di cui

35.986

31.994

Donne

Uomini

58% del totale sono pediatri

	genetiste	48%
	oncologhe	10%
	chirurghe	9,4%
	neurochirughe	7,4%
	ortopediche	5%
	cardiochirughe	4,5, %
	1 su 10 è dirigente	
	su 106 ordini provinciali solo 2 presidenti sono donne	

Le donne rappresentano il 33% dei ricercatori italiani (la media europea è del 30% ma solo il 20% raggiunge le posizioni di leadership)

CONFIDANTI.IT

# Sanità, sorpasso rosa tra i camici bianchi

Ma solo una su dieci è ai vertici in ospedali e università

## I NUOVI MEDICI

OGGI SUMMIT A FIRENZE

La generazione di dottori sotto i 35 anni è al femminile, più iscritte che iscritti negli atenei, ma le leve del potere restano salde nelle mani degli uomini

*Il ministro Carfagna: «Le ragazze più brave dei loro colleghi ma meno gratificate»*

di CARLA MASSI

**P**RENDIAMO cento studenti in Medicina: sessanta sono donne. Scorriamo l'elenco dei 67.980 specialisti: 35.986 femmine e 31.994 maschi. Controlliamo gli iscritti degli Ordini professionali sotto i 35 anni: 64% signore o signorine. «Una inarrestabile femminilizzazione della professione», tagliano corto i camici bianchi (uomini). Un

po' indifferenti, un po' sorpresi, un po' seccati ma, sicuramente, oggi più interessati di ieri ad analizzare il fenomeno.

Tanto che al "fenomeno" hanno deciso di dedicare un'intera giornata di studio, oggi a Firenze. I rappresentanti degli Ordini di tutta Italia si sono dati appuntamento per stamattina nell'aula magna dell'università. Titolo dell'incontro: "Leader-

ship in Sanità, interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità".

Se ci fermiamo qui, la situazione sembra davvero rosa. I numeri preannunciano scenari tutti nuovi in corsia e, prima del futuro sorpasso di lei su lui dai trenta ai sessant'anni, la categoria già si prepara ad ipotizzare una rivisitazione dei modelli organizzativi. Se alziamo gli occhi, però, e andiamo a

cercare le donne ai



vertici dei reparti ne troviamo poche. Solo una su dieci. Una delusione che solo le dirette interessate sanno spiegare. Ai posti di comando troviamo lo strapotere maschile. Lo troviamo nei reparti ospedalieri ma anche negli Ordini professionali. Sui 106 che se ne contano nel nostro paese solo due hanno donne medico alla guida. Come dire che al nastro di partenza sono tante ma un numero assai risibile, ancora, riesce a sedersi sulle poltrone chiave.

Potrebbe essere stato il vento novello delle "quote rosa", o il pesante chiacchiericcio su escort e veline a far correre i medici ad una rilettura del loro lavoro. Ad una obbligatoria riorganizzazione. «Negli ultimi dieci anni spiega Teresita Mazzei, presidente della commissione per le Pari opportunità dell'Ordine di Firenze che ha promosso l'incontro di oggi - l'incremento del numero delle donne ai vertici del sistema sanitario è stato solo di pochi punti percentuali. Crediamo sia giunto il momento di discuterne le possibili ragioni e di iniziare azioni positive di sostegno». Alza la voce Teresita Mazzei ed è il ministro

Mara Carfagna a raccogliere la sua denuncia e il suo appello. «Sappiamo - commenta che all'università le donne rappresentano il 60 per cento dei laureati e in media vantano un punteggio superiore rispetto ai colleghi uomini. Ma, molti fenomeni di esclusione, nella sanità e nella scienza, continuano a colpire il genere femminile come in molti altri settori della vita politica, economica e socia-

le». Proprio questo paradosso ci ha fatto additare nella Ue. Nel rapporto della Commissione Europea dell'anno scorso sulla parità di genere nella scienza le nostre ricercatrici rappresentano il 33% del totale (sopra la media europea, appunto, che sfiora il 30%) ma solo venti su cento raggiungono posizioni di leadership.

Se si entra in una qualsiasi università, facoltà di Medicina si scopre che per trovare un ordinario al femminile tocca cercare parecchio. Su 2.018 docenti solo 167 sono donne, poco più dell'8%. Se,

invece, si entra in una corsia se ne incontrano tanti di camici rosa. In tutti i turni. Uno sguardo al futuro. Tra quindici, massimo venti anni il servizio sanitario diventerà un "feudo" al femminile. Basta fare due calcoli sui prossimi pensionamenti negli ospedali per capire meglio. Da quest'anno, sarà un esodo continuo fino al 2015: se ne andranno oltre trentamila medici. La maggior parte non saranno sostituiti. In sei anni più di un terzo della forza lavoro sparirà completamente. E saranno le donne a ricoprire i posti vuoti. Non più solo pediatre, genetiste o ginecologhe ma anche un esercito di ortopediche e chirurghe che, fino ad oggi, non sono ancora riuscite a scalfire il totale predominio maschile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA STORIA

«Noi, équipe chirurgica di tutte donne, sempre calme e non molliamo mai»



Il gruppo di Chirurgia femminile del Gemelli di Roma: da sin. Annalisa Rundo (specializzanda Anestesia), Letizia Vita (divisione Chirurgia Toracica, secondo di équipe), Gilda Pepe (specializzanda Chirurgia), Paola Lancianese (strumentista), Sabina Magalini (Capo équipe) e Sonia Caroforte (strumentista)

ROMA - «Quando abbiamo finito di operare, quella mattina, erano le quattro. Fuori ancora buio. Ci siamo sedute stanche morte e ci siamo guardate in faccia. Eravamo sei donne. Abbiamo scherzato sul fatto che l'unico uomo era il paziente. Arrivato al pronto soccorso in serata con un grave problema all'addome». E' uno sparo di energia Sabina Magalini, ricercatore a Chirurgia d'urgenza del Policlinico Gemelli-Università Cattolica di Roma. Lei, quella notte, guidava il "gruppo rosa". Lei che gioca nel definirsi "aiuto anziano" del primario Daniele Gui. Lei, cinquantenne, un marito chirurgo e tre figlie femmine.

**Ma quando le è venuto in mente di fare il chirurgo?**

«Da piccola. Volevo essere medico, uno di quelli che risolvono i problemi rapidamente. Come un chirurgo, appunto. Nessuno è riuscito a fermarmi».

**Lei, per giunta, ha scelto di stare in trincea. Prima il pronto soccorso e ora la sala operatoria d'urgenza. Lo rifarebbe?**

«Certo che lo rifarei. Mi piace proprio stare nei posti in cui arrivano i pazienti in gravi condizioni e puoi intervenire subito. Entro in sala operatoria per un incidente stradale come per un'urgenza addominale come quella notte, qualche giorno fa, quando eravamo solo donne».

**Che effetto vi fa?**

«Un sodalizio pieno di orgoglio. Tutte unite. Letizia, della divisione di Chirurgia toracica come secondo dell'équipe; Annalisa, specializzanda in Anestesia; Gilda, specializzanda in Chirurgia; Paola, strumentista; Sonia, strumentista ed

io, come Capo équipe».

**Quali sono le differenze con i gruppi tutti al maschile?**

«Noi siamo più calme. Non litighiamo, siamo meno aggressive».

**Eppure si dice che le donne siano tanto competitive, isteriche. Soprattutto in posti così élitari. Non è vero?**

«Noi abbiamo faticato per arrivare a guadagnare quel posto. Non abbiamo mai mollato, vi pare che una volta conquistato il nostro posto con tanta fatica molliamo per una lite? Fa comodo a molti pensare che siamo delle isteriche».

**E i suoi colleghi come vi guardano?**

«Tanti si sentono minacciati. A volte ci rendiamo conto che serpeggia una velata misoginia. Fino a qualche anno fa c'erano dei professori che non volevano donne in sala operatoria».

**Mentre i pazienti?**

«Si trovano bene con noi, riusciamo ad instaurare un buon rapporto con i malati. Ma quando ho iniziato non era così».

**E cioè?**

«Al mio collega maschio lo chiamavano dottore e a me sempre signorina».

**Lei ha tre figlie, che faranno?**

«Una sta per laurearsi in Medicina, una è al quarto anno e l'ultima va ancora al liceo».

**Che consigli di vita dà alle sue studentesse?**

«Che bisogna fare attenzione a non esporsi alle battute e alle critiche. Niente frivolezze, niente mollette colorate o smalto sgargiante quando si è al lavoro. Se sbatti gli occhi ti sorridono ma non ti considerano professionalmente».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Scienze** ALLARME CONTAMINAZIONI

# Quanto si rischia dopo FUKUSHIMA

**La nube giapponese è arrivata nei nostri cieli: il suo carico di radiazioni è alto? Per ora no, ma ecco la mappa dei pericoli**

DI LUCA CARRA

**Q**uanto peserà Fukushima nel nostro "bilancio radioattivo nazionale"? La risposta cambia di giorno in giorno in base all'andamento delle operazioni di contenimento messe in atto dalle autorità giapponesi nei reattori della centrale. Ma è un fatto che le prime tracce di Iodio 131 targate Fukushima sono state rilevate dalla rete di monitoraggio italiana il 28 marzo. Viste per pochi giorni e poi più perché lo iodio decade in pochi giorni: se non verranno rimpiazzate da nuovi arrivi. Le rilevazioni riguardano una zona che va dalla Valle d'Aosta al Friuli e sono proprio tracce labilissime, che si confondono quasi con il fondo ambientale. Tanto che per rilevarle in Piemonte i tecnici hanno dovuto ritarare le apparecchiature per renderle sensibili alle singole particelle. Un niente rispetto alla dose che ciascun italiano assorbe ogni anno, ancora oggi, dall'incidente di Chernobyl, e ancora meno di niente rispetto alle radiazioni naturali, soprattutto da radon proveniente dal sottosuolo (come si può vedere dall'infografica di pagina 147).

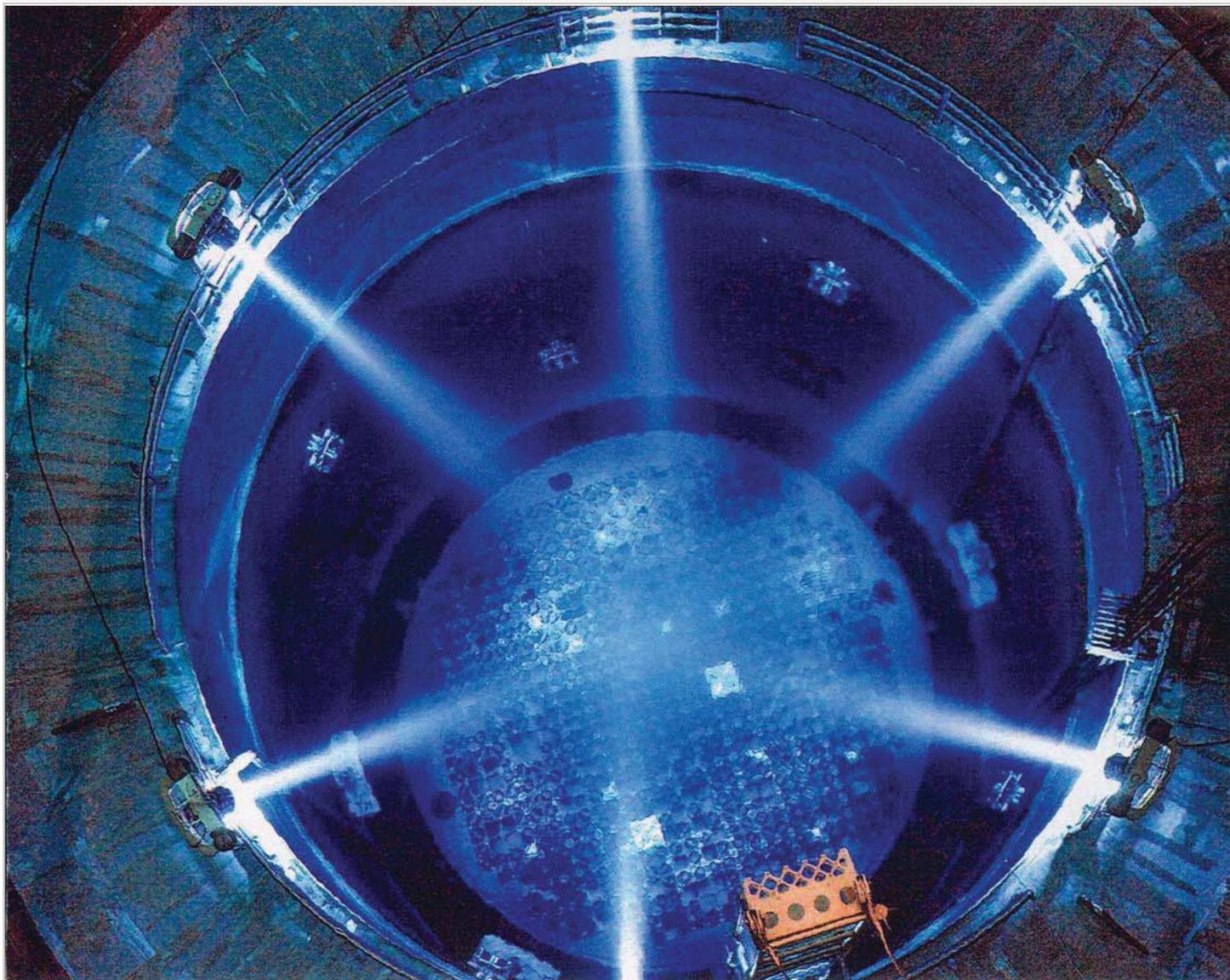
Eppure, nei giorni scorsi, le stime dell'Istituto di metrologia di Vienna hanno diffuso un certo panico mostrando come le quantità di radiazioni da iodio 131 e cesio 137 (assai più pericoloso perché ha un tempo di dimezzamento intorno ai 30 anni) emesse dai reattori



di Fukushima fossero rispettivamente il 50 e il 70 per cento di quelle emesse da Chernobyl. Non poco perché l'incidente ucraino del 1986 ha effettivamente contaminato anche i nostri cieli, ma le distanze maggiori hanno a oggi fatto arrivare fin qui dalla centrale giapponese una quantità infinitamente inferiore di radiazioni. E certamente non comparabile con quanto già assorbiamo dalle attività quotidiane e dal fondo naturale. Lo stesso ragionamento vale per gli alimenti e le acque: se dopo l'incidente ucraino le coltivazioni e gli allevamenti furono effettivamente, anche se non massicciamente, contaminati, dei rilasci giapponesi noi non dovremmo

(stando a quanto accaduto sin qui) preoccuparci.

Detto così è molto rassicurante, ma forse troppo semplificato per essere convincente. Conviene allora capire bene cosa c'è in ballo. A partire dal fatto che in media gli italiani assorbono 2,4 milliSievert (l'unità che misura l'impatto biologico delle radiazioni e che è spiegato nel box di pagina 146) all'anno dal fondo naturale di radiazioni. Con variazioni importanti sul territorio nazionale: nell'Alto Lazio, così come in certe località in Lombardia, Veneto e Friuli, a causa della natura vulcanica del terreno ricco di radon, la dose pro capite può salire anche a diverse decine



IL REATTORE DELLA CENTRALE TEDESCA DI GUNDREMMINGEN. A SINISTRA: SANITARI CONTROLLANO UNA DONNA IN UN VILLAGGIO VICINO A FUKUSHIMA

di milliSievert all'anno.

Di fatto, nel nostro Paese l'esposizione al radon è responsabile di circa il 10 per cento dei tumori al polmone, con punte del 20-30 per cento nelle zone naturalmente più radioattive. «Da un punto di vista radiologico, il rischio da radon è il più rilevante», spiega Sandro Sandri, presidente dell'Associazione italiana di radioprotezione: «Tanto che l'Istituto superiore di sanità sta conducendo un programma nazionale per ridurre l'impatto sanitario di questo inquinante, che può essere controllato con lavori di sigillatura e aerazione delle abitazioni».

Ma non c'è solo il radon: l'80 per cento di quanto assumiamo deriva dalle radiazioni presenti in natura (dal sottosuolo e dal cosmo), circa il 17 è attribuibile a lastre, Tac, mammografie e inter-

venti di radioterapia. Un'altra piccola quota alle centrali termoelettriche presenti sul nostro territorio e altre fonti.

Circa l'uno per cento delle radiazioni che assorbiamo è dovuto, infine, a diverso titolo, al nucleare. Piccoli rilasci viaggiano sino a noi dalle centrali d'oltralpe, francesi e slovene. E c'è un fondo, per quanto piccolo e ormai in gran parte smaltito dall'ambiente, arrivato in seguito ai test atomici condotti negli anni Sessanta e Settanta negli Stati Uniti e nel Pacifico: vere e proprie esplosioni con rilasci enormi e non confrontabili a nessun titolo con le fuoriuscite delle centrali di Fukushima o, in passato, di Three Mile Island, impianti protetti da un guscio di contenimento del materiale radioattivo, diversamente da quanto accaduto a Chernobyl, centrale senza guscio.

E, infatti, i danni del disastro ucraino si fanno sentire ancora oggi, e di quel 3 per cento di radiazioni che assorbiamo una quota è dovuta a ciò che resta dei radionuclidi più persistenti (soprattutto il cesio 137) arrivati dai terribili dieci giorni in cui si sviluppò l'incidente a partire dal 26 aprile del 1986. In certe zone alpine (in Valle d'Aosta e Friuli, soprattutto) la concentrazione radioattiva firmata Chernobyl tocca punte intorno ai 50 mila Bequerel al metro quadrato, che scende man mano che si percorre la Penisola fino ad arrivare a poche decine. «In realtà, l'impatto di Chernobyl in Italia è stato importante nel primo mese dopo l'incidente», spiega Sandri: «Successivamente le dosi si sono molto abbassate e oggi il contributo dell'eredità ucraina è inferiore allo 0,1 per cento».

## Scienze

L'eredità di Chernobyl però continua a pesare notevolmente in Europa. Uno studio appena concluso del National Cancer Institute statunitense ha osservato che i casi di cancro alla tiroide in coloro che negli anni di Chernobyl erano bambini continuano a manifestarsi a distanza di 25 anni senza particolari flessioni. Secondo Elisabeth Cardis, del Centro di epidemiologia ambientale dell'Università di Barcellona, i casi di tumore conseguenti all'incidente potrebbero arrivare a 25 mila entro la metà del secolo. Quanto all'Italia, il tributo sanitario pagato al nucleare sovietico si confonde nel calderone delle altre fonti, dal radon all'inquinamento atmosferico ed è impossibile quantificarne gli effetti sanitari.

Per quanto riguarda la nube giapponese, i tecnici annotano che la paura istintiva delle radiazioni e l'incertezza sui loro effetti a basse dosi sopravanzano il loro reale impatto sanitario, almeno alle nostre latitudini. «La dose di radioattività assorbita sopra la quale si osservano effetti statistici sui tumori è di 100 milli-Sievert all'anno», spiega Sandri: «Mentre i danni acuti da vero e proprio avvelenamento da radiazioni si cominciano a riscontrare sopra i 500 millisievert. Tuttavia questo non significa che sotto i 100 non vi siano effetti. Probabilmente ci sono ma molto inferiori».

Se i più austeri tendono a ridimensionare i danni da basse dosi, sono però



TEST DI RADIOATTIVITÀ SU UN RAGAZZO EVACUATO DA UN VILLAGGIO NEI PRESSI DI FUKUSHIMA

molti epidemiologi a pensare che anche concentrazioni modeste di radiazioni possano essere responsabili di leucemie e altri tumori. Il National Research Council statunitense stima che a una dose di 100 mSv vi sia un caso di tumore ogni 100 abitanti, e altri 42 casi da altre cause. E che a dosi minori il rischio tumorale decresce. Ma non sembra esserci una soglia di sicurezza assoluta. Al punto che alcuni studi avrebbero documentato un eccesso di leucemie nei bambini che vivono nei dintorni delle centrali nucleari in Europa.

Il più famoso è lo studio Kikk (la sigla sta per *Kinderkrebs in der Umgebung von Kernkraftwerken* - Tumori infantili in prossimità di centrali nucleari), commissionato dal governo federale te-

desco all'Università di Mainz. La ricerca mostra un incremento del 2,2 per cento delle leucemie infantili e dell'1,6 per cento dei tumori solidi - quasi il doppio del previsto - in chi vive entro 5 chilometri dalle 16 centrali nucleari tedesche. Altri studi, condotti nei pressi delle centrali francesi e britanniche, tuttavia, non sono così netti. «Le malattie più riscontrate sono le leucemie, molto più frequenti dei tumori solidi, anche se non conosciamo il motivo per cui si manifestano», spiega Guido Pedroli, direttore del servizio di fisica sanitaria allo Ieo di Milano e presidente dell'Associazione Italiana di Fisica Medica: «Va anche detto che aumenti di leucemie sono stati riscontrati in varie zone del mondo, non vicine a centrali nucleari, senza poter risalire alla loro causa».

Le incognite del nucleare e dei suoi effetti a basse dosi si sommano con sentimenti quali la paura e lo stress da incidente. «Immaginatevi come hanno vissuto per anni i sopravvissuti di Chernobyl e come vive oggi la popolazione intorno alla centrale di Fukushima», commenta Robert Socolow, scienziato atomico e direttore della Carbon Mitigation Initiative dell'Università di Princeton: «Vivere in una terra contaminata, in una casa contaminata, dovendo scegliere fra mangiare cibi contaminati o andarsene, in perenne contatto con elementi come il cesio 137 o lo stronzio 90 che ti accompagneranno per buona parte della vita». Il conto presentato dalle radiazioni è anche questo. E siamo solo all'inizio.

ha collaborato Roberta Villa

## La parola alla fisica

**COS'È LA RADIOATTIVITÀ.** Un nucleo atomico instabile (radionuclide) per stabilizzarsi emette energia (radiazione). Il fenomeno viene definito decadimento radioattivo, ed è di tre tipi che si differenziano a seconda della particella emessa a seguito del decadimento: alfa (emessa da un nucleo di Elio), beta (da un elettrone e un antineutrino) e gamma (la radiazione elettromagnetica).

**COME SI MISURA.** La radioattività si misura rilevando quanti decadimenti del radionuclide avvengono ogni secondo. Nel sistema internazionale si impiega come unità di misura il Becquerel (Bq), che equivale a un decadimento al secondo (una unità di misura decisamente piccola). Per indicare invece la quantità di radiazione che viene assorbita dalla materia, si utilizza il Gray (Gy) che corrisponde a una quantità di energia di 1 Joule assorbita da 1 chilogrammo di materia.

**COME SI VALUTANO GLI EFFETTI BIOLOGICI.** È necessario tenere conto che i diversi tipi di radiazione possono essere più o meno dannosi. Per questo si usa il concetto di dose equivalente, che si ottiene moltiplicando la dose assorbita per un fattore che tiene conto del tipo di radiazione. L'unità di misura di questa dose equivalente è il Sievert (Sv). Nel caso di raggi X, gamma o beta, 1 Gy di dose assorbita equivale ad 1 Sv di dose equivalente, mentre per i più dannosi raggi alfa 1 Gy equivale a 20 Sv. Per i fasci di neutroni 1 Gy può equivalere da 3 a 11 Sv a seconda dell'energia del fascio.

## Scopri quante radiazioni assorbi

La scala indica le dosi di radiazioni ionizzanti che una persona può assorbire da diverse fonti.

L'unità utilizzata è il Sievert (Sv) che misura gli effetti delle radiazioni sulle cellule del corpo umano.

Poiché 1 Sv è una quantità grande in grado di far ammalare molto seriamente una persona e si riscontra raramente, si usano più frequentemente il milliSievert (un millesimo di Sievert, mSv) e il microSievert (un milionesimo di Sievert, µSv).

### VALORI A CONFRONTO

- 0,05 µSv:** Dormire un anno con qualcuno: il corpo umano emette una piccolissima dose di radiazioni anche a riposo
- 0,09 µSv:** Vivere un anno entro 50 miglia da una centrale nucleare
- 0,1 µSv:** Mangiare una banana, ricca di potassio
- 0,3 µSv:** Vivere un anno entro 50 miglia da una centrale a carbone
- 1 µSv:** Stima della dose assunta in media da un italiano per la nube proveniente dal Giappone
- 3,5 µSv:** Extra dose assunta in media al giorno nella zona di Fukushima, da aggiungere alla radiazione naturale, per un tempo indefinito e certamente molto lungo
- 5 µSv:** Radiografia ai denti o a una mano
- 10 µSv:** Radiazione di base assunta da un abitante della Terra in media in un giorno. La radiazione naturale varia moltissimo da zona a zona.
- 20 µSv:** Radiografia al torace
- 40 µSv:** Volare da New York a Los Angeles
- 80 µSv:** Dose assunta in seguito all'incidente di Three Mile Island da una persona che viveva entro 10 miglia dalla centrale
- 250 µSv:** Limite massimo di rilascio annuo di una centrale nucleare imposto dall'Environmental Protection Agency americana
- 390 µSv:** Dose derivata in un anno dalle fonti naturali di potassio

### QUI COMINCIA LA PAURA

- 1 mSv:** Limite di sicurezza annuo stabilito dalla legge italiana, quantità che va ad aggiungersi alla dose naturale di radiazioni
- 1 mSv:** Dose assunta in media da un italiano per il passaggio della nube di Chernobyl
- 1 mSv:** Dose massima rilevata all'esterno della centrale di Three Mile Island dopo l'incidente.
- 1 mSv:** Radiografia convenzionale
- 2,4-3mSv:** Dose media annua assunta da un italiano per l'esposizione alla radioattività naturale
- 3 mSv:** Fare una mammografia
- 3,6 mSv:** Dose giornaliera rilevata a 50 chilometri dalla centrale di Fukushima il 27 marzo
- 4 mSv:** Fare una Tac total body
- 6 mSv:** Dose assunta stando un'ora nel sito di Chernobyl nel 2010
- 6,9 mSv:** Dose oraria massima registrata a 75 km dall'impianto di Fukushima il 27 marzo
- 10-20 mSv:** Fare una scintigrafia
- 20-50 mSv:** Massima dose annua consentita per i lavoratori che operano con fonti ionizzanti in Italia e negli Usa

### ALLARME ROSSO

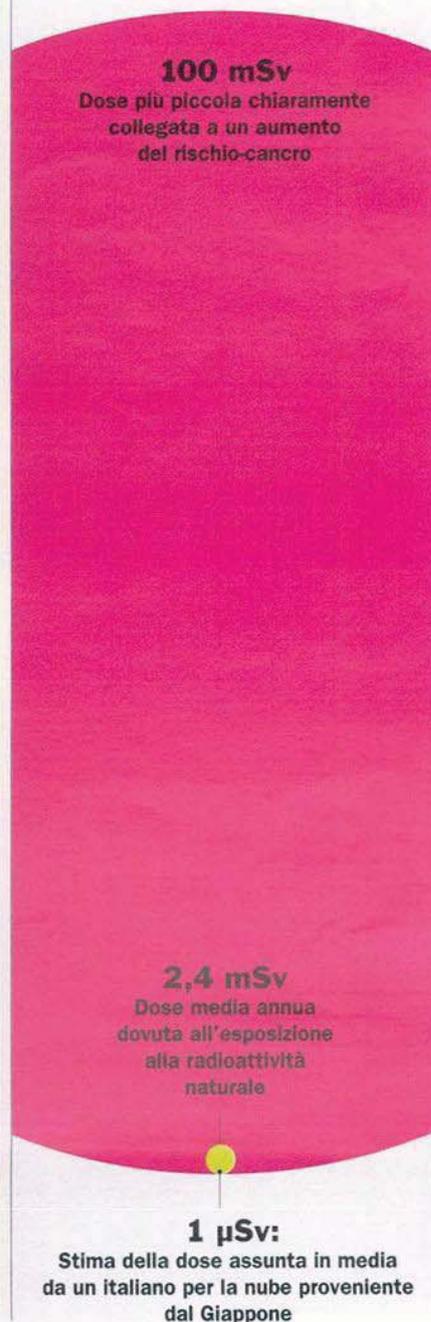
- 100 mSv:** Dose più piccola chiaramente collegata a un aumento del rischio-cancro
- 250 mSv:** Dose minima consentita per i lavoratori che operano per salvare delle vite
- 400 mSv:** Dose singola capace di causare avvelenamento da radiazioni
- 2 Sv:** Avvelenamento grave da radiazioni, anche fatale
- 8 Sv:** Dose fatale anche con le terapie

### CATASTROFE CHERNOBYL

- 50 Sv:** Dose ricevuta stando 10 minuti vicino al reattore di Chernobyl dopo l'esplosione

### La scala

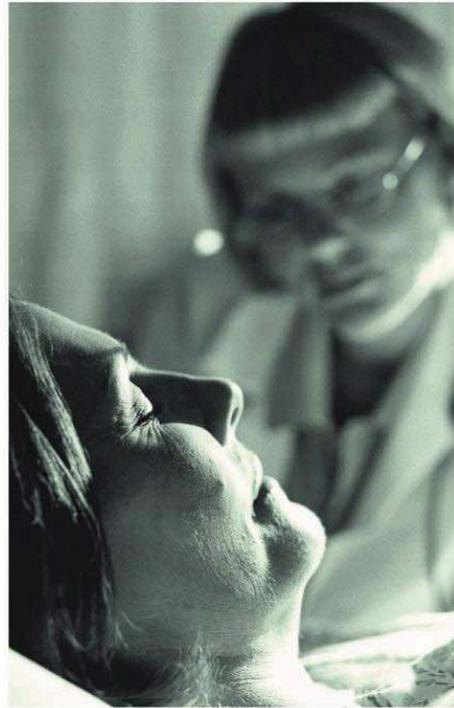
Confronto tra le diverse quantità di radiazioni assorbite. E i loro effetti



# Comunicazione medico-paziente "Curare il malato con la malattia"

DI GIANFRANCO CONTI\*

**C**he la comunicazione medico paziente sia un aspetto critico ed in continua evoluzione è cosa nota e sotto gli occhi di tutti. Dal modello paternalistico che improntava questo rapporto in un recente passato, si sta passando ad una relazione paritaria. Al termine paziente si è sostituito "cliente" ed addirittura "esigente", poiché il cosiddetto paziente sottopone richieste precise e si aspetta risposte chiare e risultati certi. E' chiaro che la situazione diventa tanto più complessa quanto più ci troviamo di fronte ad una patologia seria come quella oncologica. La differenza tra malessere e malattia, mai come in questo caso, diventa protagonista. Il malessere è come ogni singolo soggetto vive il proprio star male, una percezione personale che lo mette in contatto con il suo io più profondo fatto di pensieri e sentimenti. La malattia è la malattia vera e propria, ovvero l'insieme dei sintomi su cui il medico basa la propria diagnosi. Il malessere riflette il mondo intimo della persona con le sue ansie e le sue paure, mentre la malattia è più obiettiva e misurabile. Se il medico si limita a curare la malattia, ignorando il malessere di chi ne soffre, la comunicazione medico paziente continuerà ad essere carente con tutte le difficoltà che da questa carenza derivano. Il medico è disponibile ed ha gli strumenti per occuparsi del malessere del paziente oltre che della sua malattia? Per dibattere ed abbozzare delle risposte/proposte la Fondazione Cesare Serono ha organizzato un incontro dal titolo "La qualità della comunicazione medico paziente in oncologia", che si è svolto a Milano lo scorso 14 gennaio, con la partecipazione del dott. Carmelo Iacono, Presidente dell'Associazione Italiana Oncolo-

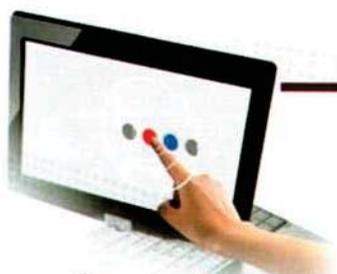


gia Medica; la Dottoressa Lisa Licitra dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ed il Professor Carlo Barone dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma - e Associazioni di pazienti - la Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia; la Susan G. Komen Italia Onlus e l'Associazione Italiana Laringectomizzati. Fretta, linguaggio e gestione della malattia anziché del malessere sono stati i temi più ricorrenti e identificati come elementi critici su cui lavorare. Ascolto + comprensione = Personalizzazione sembra essere l'equazione

vincente messa a punto dagli esperti convenuti. Infatti, solo un ascolto attivo, che tenga conto del malessere e non solo della malattia, genera la giusta comprensione non solo della patologia ma anche della personalità del paziente nella sua accezione più ampia. Questa comprensione è il presupposto indispensabile per una terapia personalizzata. Personalizzata non solo dal punto di vista clinico, ma anche in termini di comunicazione. Ogni individuo è un microcosmo di cui si deve tener debito conto. Un rapporto equilibrato tra medico e paziente è fondamentale per tutti gli attori. Il paziente che si sente compreso anche come persona e capisce perfettamente quanto il medico gli sta dicendo, si sentirà motivato a partecipare alla cura aumentando in maniera significativa le possibilità di successo. Il medico, dal canto suo, avrà di fronte un soggetto non ostile, con tutto quanto da ciò deriva. Infatti, sprechi (terapie iniziate e non portate a termine, ritardi nella diagnosi, ecc) medicina difensiva e contenzioso medico legale sono aspetti che con una buona comunicazione medico paziente potrebbero essere resi meno critici. Quello dello scorso 14 gennaio è solo il primo passo di un percorso più articolato. La Fondazione Cesare Serono ha fatto della centralità della persona l'asse portante della propria attività. Il suo progetto "Centralità della persona nei processi socio sanitari: realtà o obiettivo da raggiungere" troverà nella comunicazione medico paziente il suo logico completamento e i quesiti sollevati il 14 gennaio saranno ulteriormente dibattuti e spero abbiano adeguate risposte.

**\*Direttore di Fondazione  
CESARE SERONO  
[www.fondazione-serono.org](http://www.fondazione-serono.org)**





## LA CARTA D'IDENTITÀ DELLA SALUTE

### Il Fascicolo Sanitario Elettronico per il cittadino

Entro il 2012 tutti gli italiani potranno avere il loro Fascicolo sanitario elettronico (Fse). Lo ha

confermato il ministro della Salute **Ferruccio Fazio**. Il

Fascicolo, realizzato dalle Regioni previo consenso dell'assistito, conterrà l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sociosanitario legati a eventi clinici riguardanti l'assistito.

**Coprirà l'intera vita del paziente e sarà costantemente aggiornato dai soggetti che lo prenderanno in cura.** L'accesso al Fse potrà avvenire mediante l'utilizzo della Carta d'identità elettronica (Cie) e della Carta nazionale dei servizi (Cns).

L'accesso potrà essere consentito anche attraverso l'utilizzo di smart card rilasciate da certificatori accreditati, con l'utilizzo di userid e password o con altre soluzioni, purché siano rispettate le misure minime di sicurezza nel rispetto del Codice in materia di protezione di dati personali.

VIA LIBERA LA DECISIONE DELL'AIFA SCATTA A METÀ APRILE. LO STATO RISPARMIERÀ 830 MILIONI ALL'ANNO

# «Farmaci generici, prezzi tagliati del 40%»

■ ROMA

**AMMONTA** a 830 milioni di euro l'anno il risparmio che si stima che lo Stato avrà con il taglio del prezzo dei farmaci generici fuori brevetto, che scatterà da metà aprile. Una misura decisa dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) che porterà a limature dei listini fino al 40% e riguarderà 4.188 prodotti. Solo per il 2011 si valuta che il risparmio sarà di 625 milioni di euro. Una decisione che, secondo le associazioni di categoria, penalizzerà fortemente le aziende del settore.

Il via libera al taglio dei listini è arrivato dal cda dell'Aifa, che ha applicato la manovra estiva 2010 per riequilibrare i prezzi dei farmaci generici a quelli europei e incentivando il consumo. «Siamo riusciti a portare a casa la manovra — spiega Guido Rasi, direttore generale dell'Aifa — anche con qualche risparmio in più rispetto agli obblighi di legge».

**IMMEDIATA** la reazione delle industrie farmaceutiche: «Sono preoccupatissimo. In sanità tocca sempre alla farmaceutica — commenta Sergio Dompè, presidente di Farindustria — dove la spesa da 10 anni è addirittura diminuita mentre negli altri settori della salute è cresciuta del 60%. Ora diventa inevitabile spostare altrove le produzioni, perfino quelle hi-tech». Più duro il presidente di Assogenerici, Giorgio Foresti. «Con il taglio dei prezzi dei generici — aggiunge — calerà ancora la quota di mercato occupata ora dai medicinali equivalenti, che passerà dal 10% al 7%, perché molte aziende dopo questa manovra si ritireranno dal mercato italiano, con ricadute pesantissime. Si tratta di una decisione a tutto vantaggio delle aziende che producono prodotti di marca e che penalizza quelle dei generici».

Per sapere che impatto avrà questa misura sul mercato dei generici bisognerà aspettare i prossimi mesi. Attualmente i farmaci equivalenti rappresentano il 10% del mercato, dopo

dieci anni dal loro arrivo nel nostro Paese. Ma, come ha rilevato il presidente della Società italiana di medicina generale, Carlo Tricelli, «in futuro tutti i farmaci saranno generici, perché molti brevetti stanno per scadere». Attualmente solo per il 13% dei principi attivi esiste il generico corrispondente. Ma in dieci anni si è passati da 17 milioni di confezioni di generici vendute a 189,47 milioni nel 2009.

## Tutte le informazioni a portata di cellulare

**SI CHIAMA** 'Wikipharma' la nuova App di ricerca dei farmaci lanciata nell'ambito della campagna 'Equivalente. Conosci e scegli i farmaci equivalenti' che consentirà tramite iPhone e iPad di confrontare i prezzi dei medicinali, paragonando i farmaci di marca a quelli generici per capire quanto si può risparmiare.

### TIMORI

Farindustria si dice «preoccupata»



## MEDICI

# Ricette in bianco, è falsità

*Un medico va sempre incontro a una condanna per falsità ideologica se firma ricette in bianco.*

Lo sottolinea la sesta sezione penale della Cassazione nella sentenza n. 13315, con la quale ha dichiarato prescritti i reati contestati a un medico convenzionato con la Asl di Frosinone e ai titolari di due farmacie, condannati dalla Corte d'appello di Roma per falsità ideologica in certificazioni amministrative e abusivo esercizio della professione. Il medico, in particolare, aveva consegnato ai due farmacisti alcuni ricettari a lui intestati, firmati e timbrati in ogni foglio in bianco: i titolari delle farmacie, a loro volta, riempivano le ricette (il primo oltre 5 mila, il secondo più di 8.400) in ogni loro parte e con l'indicazione dei farmaci a carico del servizio sanitario nazionale.

La Suprema corte ricorda che «deve essere dunque il medico, e solo il medico, acquisiti tutti gli elementi necessari per una esauriente valutazione clinica del caso, a decidere se prescrivere o meno il farmaco, ovvero, se del caso, mutare una precedente prescrizione farmacologica» ed è «significativo», si legge nella sentenza, «che la legge affidi al solo medico

convenzionato la materiale redazione della ricetta in tutte le sue parti». Nella prescrizione di medicinali da parte del medico convenzionato, scrivono gli «ermellini», «vengono in gioco interessi costituzionalmente protetti», da un lato, «la tutela della salute degli assistiti», dall'altro «il contenimento della spesa farmaceutica nelle risorse finanziarie disponibili dal Servizio nazionale».

Pertanto, secondo la Cassazione, «l'attività prescrittiva non solo deve tendere al miglioramento delle condizioni di salute dell'assistito, ma deve anche evitare un consumo farmacologico inadeguato, incongruo o sproporzionato, in funzione di criteri di economicità e di riduzione degli sprechi». La necessità che la somministrazione di farmaci a carico del Ssn sia costantemente monitorato dal medico prescrittore «è ribadita dal legislatore», conclude la Suprema corte, «anche nel caso di pazienti portatori di patologie croniche»: anche per essi, infatti, «lo schema seguito dal legislatore impone al medico, dopo la diagnosi iniziale e la prima prescrizione farmacologica, di attuare controlli intermedi predefiniti, prima di emettere le prescrizioni rinate».



**Sanità.** «Rosso» da 1,6 miliardi di euro nel 2010

# Il deficit della farmaceutica si concentra negli ospedali

ROMA

Si chiude con un rosso totale di 1,595 miliardi il pre-consumativo 2010 della spesa farmaceutica pagata dallo Stato. Dati, però, da leggere ancora una volta in controluce. Mentre i conti dei farmaci erogati in regime di convenzione (in farmacia) chiudono con un calo del 2,5% sul 2009 e addirittura con un risparmio di 100 milioni rispetto al budget, la spesa per farmaci in ospedale si conferma invece una voragine: soprattutto perché sempre più caricata di farmaci costosi e innovativi, ha chiuso il 2010 con un disavanzo di 1,695 miliardi. Deficit a carico delle regioni, che infatti spingono da tempo per modifiche sostanziose.

Tempo di conti che non tornano e ancora di manovre per il settore farmaceutico. L'ultima stoccata, la stretta (anticipata ieri da «Il Sole-24 Ore») con tagli anche fino al 40% dei prezzi ai farmaci *off patent* che per il 2011 valgono subito oltre 600 milioni, è stata la decisione del Cda dell'Aifa (Agenzia dei farmaci), che ha applicato non senza difficoltà la manovra estiva del 2010 (Dl 78 convertito nella legge 122/2010) voluta dal Governo. Una manovra che, dopo le immediate reazioni delle industrie, ha sollevato ieri anche le critiche dei farmacisti, o almeno dell'Ordine di categoria (la Fofi). Se Sta-

to, Regioni e cittadini brindano, insomma, l'intera filiera è in fermento.

I conti del 2010 esaminati dall'Aifa fotografano intanto un'Italia dei farmaci a ventuno velocità. La farmaceutica netta sul territorio ha toccato quota 11,07 miliardi con un calo di 284 milioni (-2,5%) sul 2009. Le ricette (587,5 milioni in totale) sono però aumentate del 2,7% e gli incassi dei ticket (998 milioni) sono schizzati a

+15,8 per cento. Considerando incassi per ticket, distribuzione diretta e al netto del pay back a carico delle industrie, il tetto di spesa è stato del 13,2% contro un budget del 13,3 sull'intera spesa sanitaria pubblica. Risparmio di 100 milioni, appunto. Con 8 regioni sopra l'asticella del 13,3% a partire da Sicilia (15,7%), Lazio (15,2%) e Sardegna (15%); mentre tra le più risparmiatrici (dopo Valle d'Aosta e province di Trento e Bolzano) sono state Lombardia e Veneto (entrambe all'11,7%). Il boom di incassi per ticket è stato della Campania (+43,7%). Mentre il principale aumento di ricette s'è registrato a Bolzano e in Friuli (+4,4%) e il calo più sensibile in Calabria (-3,3%).

Prospettive e dati rovesciati per la farmaceutica ospedaliera. La spesa totale al netto del pay back è stata di 4,21 miliardi, 1,695 più del tetto di legge (4%) fissato a quota 2,520 miliardi. Per l'ospedaliera tutte le regioni hanno anche ampiamente superato l'asticella del 2,34%: la Sardegna (6,2%) è al top, seguita da Piemonte (5,2%) e Friuli (4,8%); più vicino al tetto è stato il Molise (2,6%). In ospedale sono bastati i primi 12 principi attivi a incidere per oltre la metà della spesa, con gli antitumorali in testa a tutti.

**R. Tu.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il tetto di spesa

● Il «tetto» di spesa del Ssn per i farmaci è dato dal rapporto dei conti del settore (sul territorio e in ospedale) rispetto all'intera spesa sanitaria pubblica. Il budget è distinto in due valori: per la farmaceutica territoriale (convenzionata in farmacia, distribuzione diretta dalle strutture Ssn, ticket e pay back a carico delle industrie) il «tetto» è del 13,3% (l'eventuale deficit è carico delle imprese). Per la farmaceutica ospedaliera invece il «tetto» è del 2,4% e il rosso lo pagano le Regioni



Tribunale di Roma. Decide il medico

# Il biologo non può prescrivere le diete

MILANO

Solo un medico può prescrivere una dieta e non anche il biologo nutrizionista che deve limitarsi a suggerire o consigliare profili nutrizionali.

Lo ha stabilito la sentenza 3527 del 18 febbraio emessa dal Tribunale di Roma, che ha respinto un'istanza dell'Ordine nazionale dei biologi che chiedeva di attribuire anche ai suoi iscritti la facoltà di prescrivere diete.

La controversia era nata - spiega l'Ordine dei medici di Roma - dalla citazione in giudizio del professor Eugenio Del Toma che aveva contestato, dalle pagine di un quotidiano, le affermazioni di chi sosteneva la possibilità, per un biologo nutrizionista, di svolgere la sua professione in totale autonomia senza la presenza del medico.

Per l'accademico, l'affermazione contrastava «con il buon senso, ancor prima che con altre fondamentali leggi sulla professione medica» e quindi si configurava come esercizio abusivo della professione.

Da qui, la citazione in giudizio del professore, da parte dell'Ordine dei biologi, per affermazioni ritenute grave-

mente diffamatorie per la categoria, con richiesta di risarcimento del danno all'onore e al decoro professionale. Nella causa era poi intervenuto anche l'Ordine dei medici di Roma, richiamando il parere del ministro della Salute del 15 dicembre 2009 che attribuisce la competenza di prescrizione delle diete solo al medico, riconoscendo al biologo la possibilità di elaborare e determinare il regime alimentare. E il Tribunale di Roma ha ritenuto valide queste argomentazioni.

Nella sentenza 3527, infatti, si afferma che «il biologo può solo suggerire o consigliare profili nutrizionali finalizzati al miglioramento dello stato di salute e mai, in nessun caso, può prescrivere una dieta come atto curativo, che rimane sempre un'attribuzione esclusiva del medico».

«I numerosi profili professionali non medici - commenta il presidente dell'Ordine dei medici di Roma, Mario Falconi - sono una ricchezza per il sistema sanitario, ma ognuno deve esercitare nell'ambito delle proprie competenze».

L. Ca.



**La ricerca**

**Il razzismo dei magri  
agli obesi  
il potere è proibito**

FEDERICO  
RAMPINI

Nei paesi emergenti il ribaltamento è stato improvviso: ripudiato l'antico fascino dell'abbondanza  
E contro le persone in sovrappeso c'è ormai un pregiudizio universale che in alcuni casi diventa razzismo

# Magri

## Da Bollywood al Brasile il pensiero unico della bellezza

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE  
**FEDERICO RAMPINI**

**N**EW YORK  
oi occidentali dobbiamo risalire un po' più indietro: alle donne rigogliose dipinte da Rubens, oppure a espressioni come "uomini di panza", quando la ciccia era ricchezza quindi potere. Ma nei paesi emergenti il ribaltamento dei canoni estetici è stato recente, repentino, brutale. Ancora pochi anni fa le danzatrici del ventre libanesi, le attrici indiane nei musical di Bollywood, le star della samba nel Carnevale di Rio, esibivano fieramente i loro fianchi abbondanti. In tutto l'emisfero Sud del pianeta il retaggio della fame atavica guidava anche le regole del gioco della seduzione: la magrezza evocava miseria, fragilità, dolore. In pochi anni si è passati all'eccesso opposto: la ditatura globale della magrezza provoca un nuovo razzismo anti-obesi. che dilaga sotto

tutte le latitudini e contaminale culture più distanti. Lo rivela uno studio della School of Human Evolution and Social Change dell'università dell'Arizona, anticipato sul New York Times, e la cui versione integrale esce sulla rivista scientifica Current Anthropology. Con il titolo "I canoni del corpo e il pregiudizio sui grassi in una prospettiva globale", gli autori riassumono ricerche compiute in dieci aree del pianeta profondamente diverse per storia, civiltà, livelli di benessere. Si va dagli Stati Uniti alle isole Samoa, dal Messico alla Tanzania. «Il cambiamento è arrivato a una velocità impressionante, ovunque», dice Alexandra Brewis che ha diretto la ricerca. Dietro il ribaltamento dei valori c'è naturalmente una realtà nuova sul piano economico, e sanitario. Da una parte la rivoluzione agricola ha migliorato i raccolti ed ha affrancato dalla fame centinaia di milioni di esseri umani, dalle superpotenze asiatiche Cina e India fino al Brasile. In parallelo però gli Stati Uniti hanno esportato nel mondo intero il lo-

ro "Frankenstein-food: modelli di vite e di consumo che insieme col cibo-spazzatura hanno diffuso un'alimentazione iper-calorica e patogena. È esplosa la piaga dell'obesità di massa, che non è più un male dei ricchi, ma nelle nazioni più sviluppate diventa una condanna dei meno abbienti: quelli che non possono permettersi diete vegan, palestre, e soggiorni nelle "cliniche della salute". L'industria della moda e dello spettacolo hanno contribuito a loro volta, con la promozione di un'immagine femminile "dall'eroticismo eternamente adolescenziale". Ed ecco che dall'Occidente il nuovo paradigma dei valori ha colonizzato velocemente il resto del mondo. Con una ferocia singolare. Mentre in molti altri campi (l'atteggiamento verso le minoranze etniche, i portatori di handicap) il linguaggio politically correct impone un rispetto almeno formale, nei confronti dei grassi l'offesa è lecita. «Con tutto quello che dovremmo esportare per aiutare altri popoli nel mondo - osserva la Brewis - è sconcertante che il nostro messaggio salutista stia diventando negativo, un'aggressione all'autostima, per coloro che hanno un

corpo non in regola». È quello che sta avvenendo per esempio nell'ultima campagna delle autorità sanitarie del Messico contro l'obesità: dove non si esitano a ridicolizzare i grassi. In India ancora pochi anni fa la pancia era uno status symbol riservato ai ceti medio-alti, ora Bollywood sceglie i personaggi sovrappeso come bersagli di una comicità crudele. Le nuove star alla Aishwarya Rai hanno i fianchi decisamente più snelli delle maggiorate di vent'anni fa. Sta cambiando perfino il canone della bellezza in Africa, il continente che aveva portato fino all'estremo l'adorazione artistica delle "veneri callipigie", con le mitiche statuette femminili dai fianchi larghissimi quali simboli di fertilità. Il guaio, osserva la Brewis, "è che in nome della salute fisica si trasmettono messaggi morali di condanna", invece di guardare alle cause del-



l'obesità. Gli Stati Uniti ancora una volta fanno da precursori: si moltiplicano le aziende Usa che mettono dei limiti di peso all'assunzione; aumentano le tariffe assicurative sugli obesi. È la dittatura dei magri si tinge di una superiorità morale. Lo conferma Marianne Kirby, fondatrice del blog TheRotund.com che combatte il nuovo razzismo anti-grassi: avanza un'etica puritana che identifica la ciccia con il peccato. «Il nuovo messaggio – dice la Kirby – è che i grassi sono una nocività sociale, danneggiano gli altri, e sono responsabili del proprio male. Quindi contro di loro ogni colpo è permesso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**“È sconcertante  
che il messaggio  
salutista stia  
diventando quasi  
aggressivo”**

**L'INDAGINE**

Settecento domande rivolte in dieci città e territori, da Londra all'Islanda, dalla Nuova Zelanda al Paraguay

**LA SALUTE**

È il Journal Current Anthropology la fonte di questa ricerca: le preoccupazioni per il binomio grasso-malattia

**LO SPETTACOLO**

L'industria della moda e dello spettacolo hanno contribuito a diffondere l'immagine di una donna adolescenziale

## Opg Le Regioni però non ne stanno facendo richiesta **Risorse per internati "dimissibili"**

**PALERMO.** «Il ministero della Salute ha erogato le risorse per gli internati "dimissibili" dagli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), ma molte Regioni non ne fanno richiesta». Lo denuncia Ignazio Marino, presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, secondo quanto riferisce una nota sul suo intervento al convegno "Tre anni di riforma della sanità penitenziaria. Analisi e proposte", promosso dal Forum nazionale per il

diritto alla salute delle persone private della libertà personale.

«È tempo – prosegue – che ognuno prenda le proprie responsabilità. La risposta "non ci sono i fondi" per far uscire gli internati dimissibili, che dovrebbero già essere fuori dagli Opg da mesi o anni perchè non sono più socialmente pericolosi, non può più essere ammessa. Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio – ha sottolineato Marino – mi ha fatto sapere che è partita l'erogazione

delle risorse per agevolare l'assistenza sul territorio dei dimissibili. Dei 5 milioni di euro stanziati però solo 3,4 milioni di euro sono stati erogati alle Regioni. Solo alcune infatti hanno fatto richiesta».

«Il Lazio – conclude – non ha presentato alcuna richiesta di fondi, così come la Calabria e la Sicilia che devono riaccogliere rispettivamente 11 e 31 persone e il Friuli Venezia Giulia che ne aspetta 7». ◀



# Cardiologia, intervento record: dodicenne dimessa in tre giorni

DA MILANO **DOMENICO MONTALTO**

**N**uovi importanti risultati dell'eccellenza medica e clinica italiana nella cura delle patologie cardiovascolari congenite, in particolare del bambino, che costituiscono un problema umano, scientifico e sanitario rilevante. Interventi mini-invasivi, senza apertura della cassa toracica, e dei quali è stato dato conto in anteprima durante l'ottavo Workshop internazionale di cardiologia pediatrica (30 Paesi partecipanti) organizzato dal Policlinico S. Donato, dipartimento cardiovascolare di riferimento europeo. Ieri, in diretta col congresso via satellite, i cardiologi Mario Carminati e Philipp Bonhoeffer hanno compiuto con successo un complesso intervento di impianto transcateretere di valvola polmonare su una paziente di 12 anni: grazie a questa procedura, la piccola non ha subito l'apertura del torace e sarà dimessa in

3 giorni. Sempre ieri, il dott. Gianfranco Butera ha effettuato la chiusura di difetti interatriali multipli ed aneurisma del setto in una ragazza di 20 anni. La procedura è stata effettuata dalla vena femorale mediante catetere di 3 mm di diametro, attraverso cui è stato impiantato il sistema di occlusione che ha permesso di trattare la patologia. Anche in questo caso si sono evitate apertura e cicatrice toracica. E ancora per via percutanea, Carminati e Donald Hagler hanno trattato con successo un paziente adulto plurioperato con cardiopatia complessa e valvola biologica che presentava un parziale distacco. Si è evitato così un ulteriore intervento a cuore aperto. Insomma meno traumi e meno convalescenza per il malato, meno costi per le casse della Sanità. Dal 1997, in Italia, queste tecniche hanno fatto passi da gigante, consentendo oggi procedure interventistiche anche nel feto e nel neonato.

Una 20enne operata al cuore con catetere nella vena femorale: niente apertura toracica

