

Rassegna del 29/10/2010

PANORAMA - Il sesso dei nostri figli - Marocco Terry	1
ESPRESSO - L'eros si impara sul web - Cicerone Paola Emilia	5
SOLE 24 ORE - Intervista a Giorgio Vittori - "Rivoluzione che conviene a donne e istituzioni" - M.Per.	8
REPUBBLICA VENERDI - Gli attori hard insegnano a usare il preservativo - Scaldaferrì Cecilia	9

UNDER 18 | **COME LO FANNO I RAGAZZINI DI OGGI**

Il sesso dei nostri figli

Imparano grazie a internet, sono precoci, curiosi, senza tabù, ma ignoranti. Così i giovanissimi incontrano l'eros quando hanno 13 anni e perdono la verginità a 16. Senza alcun senso di colpa.

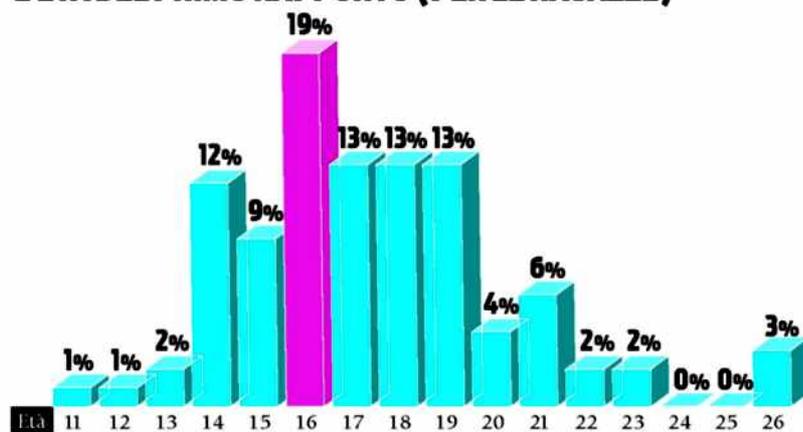
DI TERRY MAROCCO

Se pensate di prendere da parte vostro figlio di 15 anni e raccontargli cosa fanno le api sui fiori, siete tremendamente in ritardo. Di almeno tre anni. Secondo i dati dell'ultima ricerca della Durex, che *Panorama* ha letto in anteprima, i genitori italiani parlano di sesso ai figli quando pensano sia arrivato il momento: cioè 15 anni (15,3 anni secondo le stime), mentre nel resto dell'Europa a scuola o a casa se ne è già parlato a partire dagli 11, 12 anni (in Belgio e Paesi Bassi). Ma allo spegnere delle 15 candeline è fatica inutile, l'erede ha già studiato tutto da solo, nella sua cameretta. Ed è anche passato alla pratica. Perché secondo i dati del 2010 della Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia, una ragazza su sei a 14 anni ha già fatto l'amore e per sei su 10 la prima volta è tra i 15 e i 18 anni.

Una generazione più esperta, «dove l'età della prima volta si è abbassata a 16 anni, ma che comincia a sperimentare fin dalle medie» conferma Franco Garelli, che quest'anno ha pubblicato con Marzio Barbagli e Gianpiero Dalla Zuanna lo studio più completo sulla sessualità (*La sessualità degli italiani*, Il Mulino).

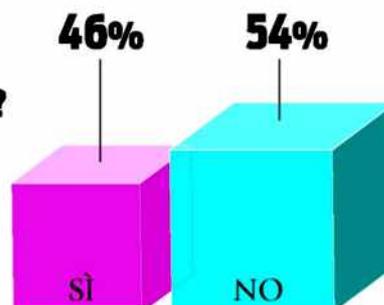
I genitori insomma affrontano il sesso quando ormai i figli hanno già imparato tutto da madre web, dai siti porno, scam-

L'ETÀ DEL PRIMO RAPPORTO (PER LE RAGAZZE)



Fonte: Sigo (2)

ERA LA PRIMA VOLTA ANCHE PER IL PARTNER?



Fonte I dati delle tabelle sopra e nella pagina a fianco sono della Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia, relativi al 2010.



il 31%
ha provato la prima
volta in casa
del compagno,

il 19% in auto.

UNDER 18 | COME LO FANNO I RAGAZZINI DI OGGI

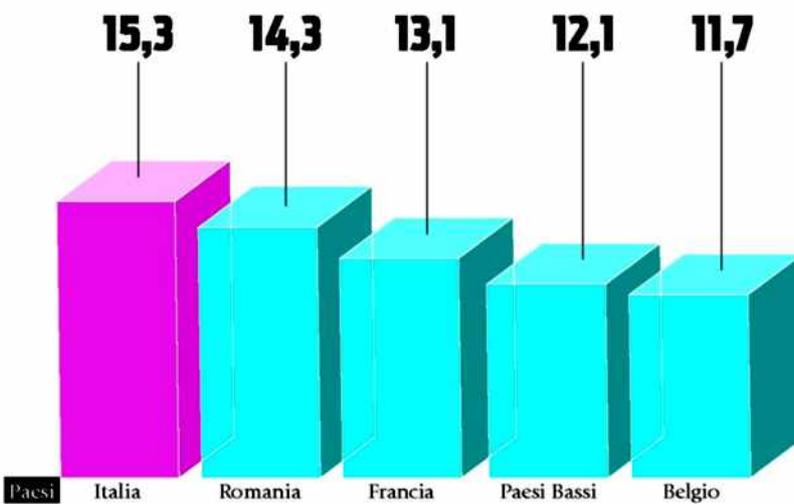
biandosi informazioni su Facebook e filmati da arrossire girati a scuola e scaricati su eMule (vedere l'articolo a pagina 160). Questa è la loro normalità e anche la loro tranquillità, come racconta un quattordicenne: «Finalmente adesso si sa tutto e non abbiamo più paura di fare brutte figure». Anche se poi confessa che al momento dell'esame, benché preparatissimo da Youporn (Youtube a luci rosse), avesse avuto qualche problema a trovare la retta via.

È la generazione XXX, come l'hanno definita in America, che si documenta e impara guardando le pornostar sul web. E crede che fare l'amore sia come girare un film hard: tra ammucciate, bondage e depilazioni del pube da lapdancer. I genitori sono considerati adolescenti perenni, fragili e ignoranti (d'altronde anche loro hanno imparato sulle copertine di *Abc* o leggendo il *Lamento di Portnoy* di Philip Roth). Davanti a dubbi essenziali i ragazzi non vanno a casa, ma da chi la materia la conosce. E così le prostitute di via Vitruvio a Milano raccontano di essere tormentate dalle ragazze del vicino Istituto Gonzaga che all'uscita da scuola chiedono come si fa a diventare novelle Linda Lovelace.

Fantasiosi, sperimentatori, bi-curious tra baci saffici e identità sessuali sempre più confuse. In un continuo bisogno di affetto, si coccolano, si baciano, si toccano in quella che per loro è una normalità disarmante. «Cominciano dalla quinta elementare a esplorarsi, in terza media molti vivono la loro prima volta. Senza tabù: sanno molte cose sul sesso stravagante, per esempio mi chiedono del sadomaso, ma pochissimo di che cosa vuol dire fare l'amore» spiega la sessuologa Roberta Gommi, che per anni ha ascoltato gli adolescenti e ora li ha descritti in *Sesso under 18* (Sperling & Kupfer). Come racconta Luca Bernardo, presidente della Commissione disagio adolescenziale Miur: «A 13, 14 anni iniziano ad avere rapporti sessuali completi, anche se già a 12 cominciano i primi approcci».

L'età si è abbassata e Bernardo non si stupisce più davanti alle dodicenni in pezzoma (comprato dai genitori) o alle can-

EDUCAZIONE SESSUALE: L'ETÀ MEDIA IN ALCUNI PAESI



Fonte: Durex



- Il 43 per cento delle intervistate dopo il primo rapporto ha cambiato 4 partner
- Il 55% sceglie partner più grandi
- Il 37 per cento non adotta precauzioni
- Fra le precauzioni usate:
 il 57% usa il preservativo
 il 15% la pillola
 il 17% nulla
 il 20% il coito interrotto

dide quattordicenni che alle madri si proclamano vergini, ma al ginecologo confessano di avere già praticato sesso anale («Perché così si resta vergini e non si rischia di rimanere incinta»). «Lo vivono come una sfida e il 38 per cento non usa precauzioni».

Secondo la Durex, il 20 per cento dei ragazzi intervistati dallo studio ha dichiarato di non ritenere necessario il preservativo se già si conosce il partner. Per la Sigo le ragazze che prendono la pillola sono il 15 per cento, mentre il 20 ricorre al coito interrotto.

Racconta una sedicenne: «Ho chiesto al mio ragazzo di mettersi un preservativo e lui mi ha risposto: "Spezza l'armonia". Ma quale armonia? La verità era che lui non sapeva neanche da che parte iniziare a metterlo. La maggior parte dei maschi ti chiede se prendi la pillola, ma davanti a un condom ti guarda spaurita chiedendo: "Fa' tu"».

Emilio Arisi, responsabile del progetto Scegli tu, dedicato ai problemi dei minorenni, li definisce «adolescenti allo sbaraglio. Mi raccontano che a 13 anni hanno già avuto la loro prima esperienza, ma mi fanno capire che non gli è piaciuto, che lo hanno fatto per mettersi al pari delle amiche. Sembrano sapere tutto, ma poi

UNDER 18 | COME LO FANNO I RAGAZZINI DI OGGI

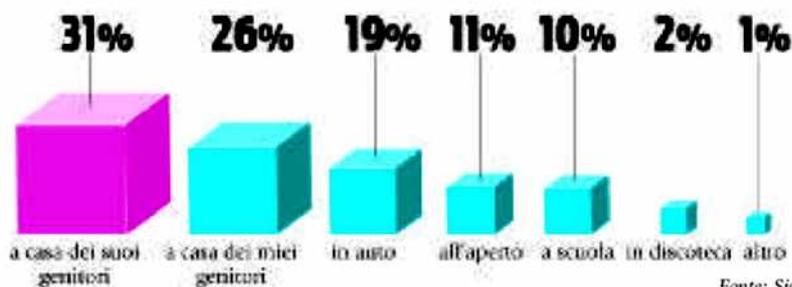
mi chiedono se si rimane incinta con il sesso anale». Secondo i dati Durex, l'Italia è tra gli ultimi paesi per cultura sessuale con un punteggio di 16,01 che si avvicina a quelli della Lituania e dell'Ungheria (al primo posto sventa l'Austria con 20,71). «Sono precoci e ignoranti: pensano che con un bidet con la cola non si resti incinta o che il dentifricio usato come spermicida sia una buona contraccezione» racconta lo psicoterapeuta Federico Bianchi di Castelbianco.

Il primo approccio è il sesso orale. È il vecchio gioco della bottiglia ora rivive in una nuova versione. Sette ragazzi intorno a un tavolo e due ragazzine sotto. Vince chi indovina qual è la ragazza che gli sta praticando una fellatio (o la «bocchetta» come dicono loro). «Se ci mettiamo con una e dopo una settimana non succede nulla, basta: la molliamo. Le diamo al massimo due settimane, poi deve fare qualcosa. Le suore? Ma non esistono più le suore» dice Alessandro, 15 anni.

E le ragazze in un nuovo femminismo reinterpretato e corretto non si tirano indietro, anzi usano il sesso orale per gestire i maschi. «Dispensarlo è una modalità di affermazione del loro potere. Così scelgono i maschi. Quelle brave diventano le più invitate alle feste. Ma quelle troppo intraprendenti vengono bollate come «docce». La doccia è quella che si fanno tutti, quella da evitare» continua Bernardo. Lo dicono le stesse diciottenni: «La generazione delle quattordicenni è molto più disinibita della nostra, non cercano il principe azzurro. Vivono i rapporti sessuali come un gioco. Il motto è: mi piace, ci vado, viva la vita».

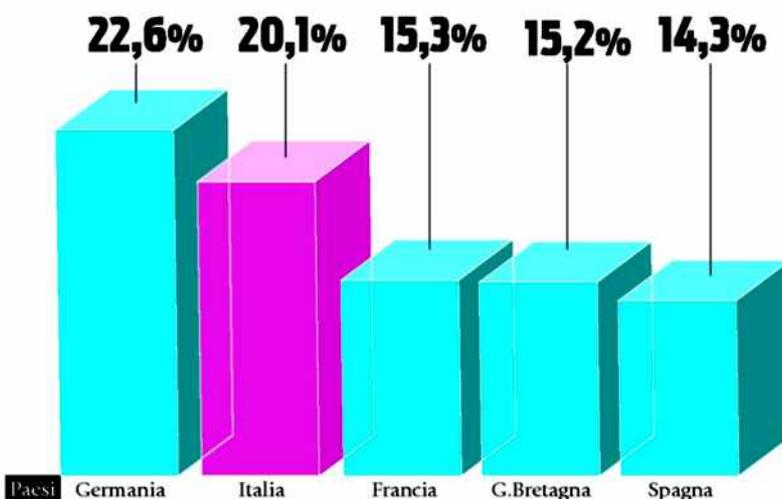
Secondo Garelli, «è vero che le ragazze sono più emancipate, ma chi le manovra restano i maschi». Soddisfatti nel ruolo di prede, in un mondo dove tutto è fluido, flessibile, interscambiabile. «E i rapporti di gruppo sono aumentati» aggiunge Bianchi di Castelbianco. Il gruppo è più forte di tutto, è il luogo dove si è più tranquilli, dove non ci si fa problemi a condividere i partner. Potenziali scambisti e pragmatici consumatori, fino a crearsi il «trombamico», quello con cui condivide-

DOVE È SUCCESSO IL PRIMO INCONTRO (DOMANDA ALLE RAGAZZE)



Fonte: Sigo

NIENTE PRESERVATIVO SE SI CONOSCE IL PARTNER



Fonte: Durex



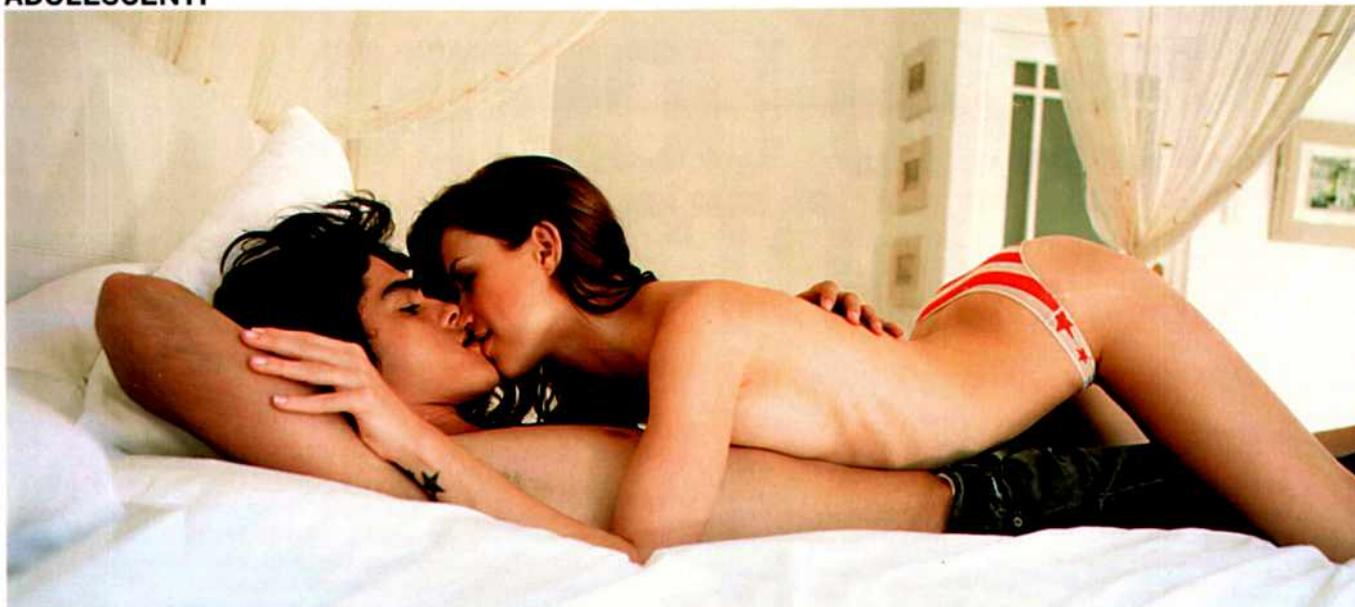
- Una ragazza su sei a 14 anni ha già fatto l'amore.
- Il 59% considera soddisfacente la prima volta, ma il 51 ammette di avere lasciato il ragazzo.

Fonte I dati riportati qui sopra e nella pagina precedente sono della Sigo.

re sesso senza sentimenti, soluzione all'avanguardia, che mette al riparo da troppi tormenti.

«È sotto gli occhi di tutti: la precocità sociale porta alla precocità sentimentale. Sono i genitori che li hanno voluti autonomi da subito, per togliersi di torno in fretta» sostiene lo psichiatra Gustavo Pietropolli Charmet. «Le madri non sono più le custodi della verginità delle figlie, ma sono loro a spalancare la porta della cameretta perché la prima volta sia un debutto felice».

Certo, non è per tutti così e lo racconta una quindicenne: «Ho amiche di 16 anni ancora vergini». Ma lo dice come se parlasse di reperti archeologici. ■

SALUTE
ADOLESCENTI**L'EROS SI IMPARA SUL WEB**

Contracezione. Disfunzioni. Malattie trasmissibili. L'educazione sessuale più efficace si fa su Internet. Lo dimostra uno studio internazionale. Ecco come

DI PAOLA EMILIA CICERONE

Il sesso? Meglio on line. E non stiamo parlando né di siti porno né di hard chat. Forse meno pruriginosa, ma di certo importantissima: stiamo parlando di educazione sessuale degli adolescenti. I ragazzi vivono on line, usano la Rete come un angolo del loro cervello e, per questo, molti specialisti hanno pensato di usarla per parlare ai giovani di temi complessi come sessualità, contraccezione e malattie sessualmente trasmissibili. Temi lasciati fuori dalla porta delle scuole italiane e, comunque, ai quali i giovani sono riottosi per pudore o paura. Così, tra la rimozione operata dalle scuole e la resistenza che tiene gli adolescenti lontani dalle corrette informazioni, si ripetono gli allarmi delle società scientifiche preoccupate dall'ignoranza dei ragazzi che li espone, come minimo, a malattie e gravidanze indesiderate.

Allora, perché non provare con Internet? Chi lo ha fatto ha avuto successo.

Lo dimostra una ricerca promossa dalla Cochrane collaboration - la più autorevole fonte internazionale di valutazione dell'efficacia di farmaci e interventi sanitari - che ha analizzato gli studi finora disponibili sui programmi di educazione sessuale on line. Arrivando alla conclusione che il computer, anonimo e confidenziale, è uno strumento educativo efficace, in alcuni casi anche più di un incontro dal vivo, e può modificare comportamenti sessuali a rischio. Come spiega la responsabile della ricerca Julia Bailey dell'University College di Londra: «Abbiamo visto che Internet è uno strumento efficace, che permette di fare domande imbarazzanti, quelle che non si farebbero mai di

persona. E dà ai giovani la sensazione di potersi confidare con qualcuno, in qualunque momento».

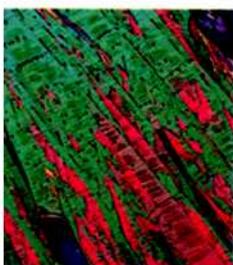
In Italia ci ha pensato la Sigo (la Società italiana di ginecologia e ostetricia) che ha messo in piedi "Scegli tu", il portale di informazione su sessualità e contraccezione che ha raggiunto oltre due milioni di studenti. Oltre a una consulenza gratuita via Web, da organizzare nelle scuole superiori in accordo con i docenti, il sito propone documentazione, un numero verde dedicato alla contraccezione, una consulenza ginecologica via mail, e una chat. I dubbi che i ragazzi chiedono di chiarire sono tanti: «Mancano informazioni fondamentali di anatomia e fisiologia: molte



Blister di pillole anticoncezionali. A sinistra: cristalli di ormoni maschili. A destra: immagine al microscopio di cristalli di testosterone

ragazze si vergognano a parlare col medico di famiglia o col ginecologo, non conoscono il loro corpo, e non sanno come individuare il periodo fertile», spiega Maria Paola Peroni, la ginecologa responsabile del servizio on line. A chiamare sono soprattutto donne: «Per lo più giovanissime, ma anche mamme che chiedono consigli per le figlie. Poi ci sono i ragazzi, preoccupati per i ritardi nel ciclo della partner, per un preservativo usato male, o interessati a saperne di più sulle malattie sessualmente trasmissibili, sui loro sintomi e sul modo di contrarle».

La maggior parte delle domande riguarda la contraccezione, le interazioni tra la pillola e gli altri farmaci, le differenze tra i vari contraccettivi. «Molte chiedono se esista una pillola che non fa ingrassare. O se è vero che prendendola si diventa sterili», spiega la ginecologa. Perché quello che colpisce è la straordinaria ignoranza dei giovani su una materia che, invece, dovrebbero padroneggiare per evitare guai. Basti pensare che ancora molti chiedono se per evitare la gravidanza non basta fare sesso durante il giorno; o se una lavanda a base di Coca-Cola è uno spermicida efficace.



Nella girandola di supposizioni e non detti, molti ragazzi prendono per buone le fro-

tole che girano su Internet, e spesso fraintendono vicende personali che emergono dal passaparola dei forum: un recente studio dell'Università della California di San Francisco conferma che i social network sono uno dei principali veicoli di trasmissione di idee sbagliate sulla contraccezione.

«Molte di queste ragazze non hanno un ginecologo di riferimento», spiega la Peroni: «Arrivano da noi facendo ricerche su Internet, perché le tranquillizza e garantisce la loro privacy». Che è una preoccupazione ricorrente. Sono in molti a chiedere se possono farsi visitare in consultorio, farsi prescrivere un contraccettivo o la pillola del giorno dopo senza che i genitori lo vengano a sapere. «La risposta è sì», ricorda Peroni: «Ma molti non lo sanno». Insomma, i ragazzi sono preoccupati. E raramente affrontano il problema del piacere sessuale. Tanto più che molte ragazze

hanno difficoltà di orgasmo, e chiedono se «sono normali».

Il lavoro della Sigo sta entrando nelle scuole, un po' come educazione sanitaria, e questo si può fare se ci si attiene a questioni anatomiche, mediche, magari farmacologiche. L'eros è un terreno minato e i ginecologi tengono una linea prudente, pensata per avvicinare il mondo delle scuole senza turbare sensibilità cattoliche. D'altronde la stessa mission di dare informazioni per una «contraccezione ultrasicura, per le giovanissime, che vuol dire preservativo e pillola usati insieme, almeno finché non c'è una relazione stabile» fa già storcere il naso a molti.

Non se ne preoccupa l'assessorato alle Politiche giovanili del Comune di Modena che propone la Webzine «Sesso e volentieri», «per parlare di sessualità in modo serio ma sereno», spiega Simona Casari, una delle psicologhe del servizio. Offrendo informazioni corrette su gravidanza e malattie, ma anche sul piacere e la relazione erotica. A chiamare sono ragazzi da tutta Italia, anche se gli emiliani sono in maggioranza, soprattutto giovanissimi: «Ci parlare dei loro dubbi e delle loro paure, ma anche delle dimensioni dei genitali o di masturbazione», spiega Casari. Le ragazze chiedono soprattutto informazioni sulla contraccezione, ma l'argomento più trattato in assoluto, e quello che genera più ansia, è la faticosa prima volta: «Farà male?», «Si sanguina sempre?»... Gli operatori della Webzine, su questioni come verginità o promiscuità, scelgono l'equidistanza. «Non diciamo "questo si fa e questo non si fa", ma aiutiamo i ragazzi a trovare le loro rispo-

ste», spiega Casari.

Può succedere, anche, di dover rassicurare qualche giovanissima, spaventata dal provare attrazione per una persona dello stesso sesso. «Cerchiamo di rispondere a chi ci scrive in ansia, magari in piena notte», prosegue Casari: «Quando necessario diamo una risposta immediata, oppure passiamo la questione all'esperto. Per molte domande un sito non basta cerchiamo di facilitare l'accesso ai servizi».

E qui si riapre la questione dei consultori che non sempre ci sono e non sempre funzionano. E dell'educazione sessuale, che nelle scuole entra ancora dalla porta di servizio, poco gradita dal ministero della Pubblica Istruzione. ■

Cliccate qui

www.sciegitu.it Il portale della Sigo: consulenze, numero verde, e possibilità per le scuole di avvalersi della consulenza della Società.

www.sstradanove.net la webzine del Comune di Modena per parlare di sessualità, non solo contraccezione.

www.sexetc.org Scritto da adolescenti americani, corredato da impeccabili spiegazioni scientifiche.

www.likeltis.org.uk Gestito da Marie Stopes International, associazione inglese per la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

www.educationsexuelle.com Riunisce un sito per adolescenti che offre video educativi espliciti e supporti educativi in abbonamento destinati a genitori e adolescenti. In francese.



INTERVISTA

Giorgio Vittori

«Rivoluzione che conviene a donne e istituzioni»

«Non è un libro dei sogni. È una rivoluzione che conviene a tutti: ai cittadini, alle donne, ai professionisti, alle istituzioni. Perché sui punti nascita si gioca il primo set della partita del Ssn». Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia, promuove in toto il piano di Fazio.

Mai più casi Messina?

L'intento è questo. Il documento fa incontrare due concetti chiave: l'evidenza scientifica e l'economia sanitaria. La prima dice che al di sotto di un certo numero di parti un centro non matura l'esperienza necessaria per affrontare situazioni difficili o improvvise. La seconda dice che una struttura che effettua meno di un parto e mezzo al giorno non può disporre dei requisiti minimi per garantire sicurezza. Per questo i centri piccoli vanno chiusi.

Una rivoluzione possibile?

Dipende dal valore che si attribuisce all'evento parto. La riorganizzazione deve essere la priorità di Asl e ospedali. I tempi sono maturi: la buona qualità alla nascita e le aspettative legate al parto sono sotto gli occhi di tutti. La sfida ora è coniugare umanizzazione, competenze e attitudini.

Ma alcuni requisiti sembrano impossibili. La partoanalgesia per tutte: come si fa ad avere l'anestesista h24?

Anche qui è questione di priorità: la risorsa "anestesisti" può essere ottimizzata, come tutto il resto, se si decide che la partoanalgesia è un valore.

La lotta ai cesarei non sembra frontale...

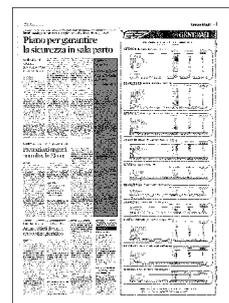
Non sarebbe efficace. L'obiettivo è riportare il punto nascita a un sistema fisiologico che premi, dalle tariffe all'organizzazione, l'atto clinico più appropriato.

Come la mettiamo con il federalismo?

Io penso che non possa entrare nei punti nascita. Ogni donna deve poter afferire a un centro sicuro a una distanza ragionevole da casa. Per fare un paragone automobilistico, dobbiamo puntare all'"Euro 5" dei punti nascita: tutti devono rispettare i requisiti 2010. Poi, se una regione vuole offrire l'Euro 6 o l'Euro 7 ben venga. Ma l'Euro 5 deve essere ovunque, da Nord a Sud.

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sudafrica**GLI ATTORI HARD
INSEGNANO
A USARE
IL PRESERVATIVO**

Rivoluzione nell'industria pornografica sudafricana: è uscito il primo film interamente realizzato da attori locali di colore. Una grande novità per un Paese dove la maggior parte delle pellicole porno proviene dall'estero e impiega artisti bianchi. A convincere i produttori sono state le richieste dei trentamila utenti del sito *Sondeza.com*, delusi dalla mancanza di lungometraggi con talenti neri. *Mapona*, «nudo» in lingua sesotho, è stato girato in tre giorni a Johannesburg da cinque attori non professionisti, scelti fra oltre cinquanta candidati. I protagonisti sono stati sottoposti a controlli medici e durante le riprese hanno dovuto utilizzare preservativi. Il film mira infatti a trasmettere un messaggio educativo promuovendo il sesso sicuro. In Sudafrica, nonostante ci sia il più alto numero di casi di Hiv al mondo, resistono infatti forti barriere culturali che impediscono la prevenzione della malattia. «È diffusissimo un atteggiamento negativo verso l'uso dei profilattici» ha confermato il produttore Tau Morena, sottolineando che «il nuovo film è, certo, intrattenimento hard per adulti, ma allo stesso tempo dovrà servire a fare informazione». *(cecilia scaldaferrì)*



Sanità. Decalogo del ministero alle regioni con l'obiettivo di ridurre gli errori

Piano per garantire la sicurezza in sala parto

Addio alle 158 strutture con meno di 500 nascite all'anno

**Marzio Bartoloni
Manuela Perrone**

REPORTAGE Dopo un'estate costellata di clamorosi casi di malasantità in sala parto arriva l'atteso piano per la sicurezza. Un "decalogo" dettagliatissimo di 42 pagine che il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha appena consegnato alle regioni. Dieci "comandamenti" per ridurre drasticamente errori e incidenti, incentivare il parto senza dolore e convincere i nostri ginecologi a ricorrere di meno ai cesarei: siamo il Paese con il record assoluto, praticamente quattro bambini su dieci sono figli del bisturi. Troppi. Anche perché «il rischio di morte materna - avvertono le «linee di indirizzo» - è di 3-5 volte superiore rispetto al parto vaginale».

La ricetta del ministero - che sarà anticipata integralmente sul prossimo numero de «Il Sole 24 Ore Sanità» - punta, innanzitutto, sull'addio ai 158 punti nascita (spesso piccole cliniche o reparti ospedalieri) che effettuano meno di 500 parti l'anno. E a una rimo-

dulazione degli altri 190 che ne effettuano meno di mille: sopravvivranno solo se potranno dimostrare che esistono «bisogni reali» legati al territorio. La scure sulle mini-strutture - dove i cesarei raggiungono la quota record del 50% - è la principale, delle dieci «linee d'azione». Non soltanto perché sfoltisce i centri, ma anche perché li suddivide in due livelli, definendo per ciascuno requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici molto precisi. A fare la differenza è soprattutto la presenza o meno di un reparto autonomo di neonatologia e la disponibilità di una terapia intensiva neonatale. L'identikit è così dettagliato che rischia di lasciare fuori più di un ospedale e di una casa di cura. Tra numero di sale da dedicare al parto (come minimo due) fino alle incubatrici (da due a sei) e ai letti per la rianimazione.

Per arginare il boom del cesareo il piano interviene anche sul terreno minato delle tariffe, con un invito esplicito a rivedere la remunerazione in modo da disincentivare il ricorso al bisturi dove non necessario. Come? Inserendo «nella determinazione dell'importo» da rimborsare alla struttura «un riferimento esplicito alla qualità della prestazione». Magari misurata in base all'adesione a «determinate procedure».

Il piano fissa anche più di un paletto sul parto con analge-

sia, «tecnica diffusa - avverte il documento - con modalità non omogenee e insufficienti nelle varie parti del Paese». In attesa del varo dei nuovi livelli essenziali di assistenza che promuovono il controllo del dolore nel parto tra le cure da garantire a carico del Ssn (il nuovo decreto è "congelato" da tempo) questa tecnica va effettuata all'interno di «un percorso definito». Che preveda la presenza nella struttura «nell'intero arco della giornata» di un anestesista.

Ogni punto nascita, indipendentemente dal livello, è chiamato poi a predisporre una Carta dei servizi: una lista che indichi i servizi offerti, compreso il numero di parti effettuati ogni anno, la consistenza degli organici a ogni turno di guardia e il tasso di mortalità materna e neonatale, sia le informazioni da assicurare a ogni donna che accede alla struttura. La sicurezza, insomma, deve necessariamente passare anche dalla trasparenza.

Cruciale, per il ministero, è infine l'integrazione tra ospedale e territorio per accompagnare la donna dalla gravidanza al post partum. Le carenze odierne hanno spesso convinto molte mamme a ricorrere all'assistenza privata. Come rimediare? Soprattutto rafforzando i consultori familiari in quantità e qualità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Inchiesta italiana

Come evitare le medicine inutili e vivere bene

Stato e famiglie spendono 4 miliardi l'anno in farmaci poco necessari

Così le aziende cercano di aumentare il numero di pillole da farci prendere

Si moltiplicano le giornate dedicate a malattie, alcune improbabili

Anche la timidezza viene trasformata in un problema di salute

Inchiesta italiana

Il business delle false malattie ecco i trucchi delle industrie per venderci farmaci inutili

Il costo per sanità pubblica e famiglie: 4 miliardi all'anno

MICHELE BOCCI

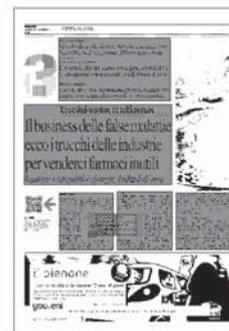
NON ce n'è nemmeno uno. Sul calendario non sono rimasti più mesi, settimane o giorni liberi da malattie. Da prevenire, scoprire prima possibile, sconfiggere, studiare o raccontare a chi sta bene. Cancro, alzheimer, sclerosi multipla, aids sono protagonisti ogni anno di giornate mondiali o italiane, regionali o cittadine. Ma anche la menopausa, l'osteoporosi, l'incontinenza e addirittura la stipsi hanno i loro periodi dedicati, con appuntamenti nelle piazze, davanti ai supermercati, negli ambulatori. Sotto gazebo montati in centro si misurano glicemia e pressione, si fanno valutazioni odontoiatriche e audiometriche ai passanti. C'è un palcoscenico per ogni problema, che sia infettivo e raro come la meningite oppure diffusissimo come l'ipertensione. Molti forse non sanno che in Italia si celebra anche il mese della prevenzione degli attacchi

di panico.

Quanti sono gli appuntamenti dedicati alle malattie? Quelli nazionali almeno 60 l'anno, poi ci sono le manifestazioni locali e il numero sale a 300. In molti, tra medici, farmacologi e responsabili di associazioni di malati, sono convinti che sia troppo alto. Spesso l'invito agli screening e il messaggio che molti

non sanno di avere una certa patologia, oltre ad avere effetti positivi, creano ansie e timori. E fanno consumare sempre più sanità: esami, visite e medicinali. È ciò che vuole l'industria farmaceutica, che in Italia fattura oltre 25 miliardi di euro all'anno. Lavora per far guarire da problemi seri ma anche per allargare il mercato, un po' come si fa con i detersivi. Le giornate del malato, normalmente importanti, possono essere un efficace strumento di marketing, e diventare una delle linee di produzione della fabbrica delle malattie.

Quali sono i meccanismi utilizzati per riempire di medicine i nostri armadietti del bagno? Il punto di partenza è la ormai nota frase pronunciata oltre trent'anni fa dal pensionando direttore Merck, Henry Gadsen: «Sognamo di produrre farmaci per le persone sane». Da allora la fabbrica ha scoperto tanti medicinali importanti ma ha anche prodotto nuove patologie e nuovi malati. Eventi naturali della vita come l'invecchiamento e il



parto o stati d'animo come la timidezza, oggi, nella grande corsa al benessere assoluto, sono considerati problemi di salute. Così nessuno di noi si sente sano fino in fondo. Probabilmente Gadsen ne sarebbe soddisfatto.

I PROBLEMI DI SALUTE IN PIAZZA

L'idea di partenza è meritoria: portare una patologia in piazza per farla conoscere e magari raccogliere soldi per ricerca e assistenza. Il sistema però è cresciuto a dismisura. «Si rischia di incentivare il consumo di prestazioni sanitarie e di medicine», dice Marco Bobbio, primario di cardiologia a Cuneo e autore per Einaudi del libro "Il malato immaginato". «Tra gli organizzatori delle giornate c'è certamente chi ha uno scopo speculativo. Anche perché nessuno ha mai verificato con studi scientifici se queste iniziative aiutano i pazienti a curarsi meglio o magari spingono qualcuno che ha scoperto i sintomi di un problema ad accentuare artatamente i suoi disturbi, sottoponendosi a esami inutili». E magari a consumare più farmaci. Ma quanti tra coloro che partecipano a una campagna sanno già di avere quel problema di salute?

«L'impressione è che si faccia coinvolgere chi è già seguito per la patologia a cui è dedicata la giornata — dice Bobbio — Chi fuma non va al banco per la prevenzione del tumore al polmone fuori dal supermarket».

A organizzare questi appuntamenti di solito sono associazioni di malati, con l'appoggio di una società scientifica e il contributo dell'industria. Un evento di medie dimensioni al privato può costare anche 100-150 mila euro. Le case farmaceutiche credono in queste iniziative. E non solo loro. Sempre più aziende cercano visibilità per i loro prodotti attraverso i problemi di salute. La giornata dell'osteoporosi oltre a sponsor come Procter & Gamble (che vende un farmaco per questo problema a base di risedronato), o Lilly Italia, quest'anno ha avuto la partnership dell'acqua Sangemini. Sul suo sito la società spiega anche di aver pubblicato un opuscolo esplicativo sulle proprietà dell'acqua Sangemini, sulla prevenzione e la cura dell'osteoporosi per la donna fashion, ma anche attenta al suo benessere». Il tutto per un problema passato negli ultimi anni da fattore di rischio a malattia, secondo alcuni proprio grazie all'impegno dell'industria. Negli Usa si calcola che le visite per l'osteoporosi siano triplicate dall'introduzione sul mercato del farmaco alendronato della Merck.

Al di là delle normali e lecite sponsorizzazioni, esistono appuntamenti organizzati a tavolino per vendere farmaci? Per dare una risposta basta la storia della "settimana nazionale per la diagnosi e la cura della stitichezza". «In Italia è stata fatta per ben tre anni consecutivi — spiega Bobbio — Si volevano sensibilizzare medici e cittadini sulla necessità di curare questo pro-

blema in previsione dell'arrivo sul mercato di un farmaco». Quel medicinale era a base di tegaserod ed era prodotto dalla Pfizer, che l'ha ritirato dal commercio in Europa nel 2007, perché sono stati segnalati casi di problemi cerebro-vascolari tra chi lo aveva preso. «E dall'anno dopo la settimana della stitichezza è scomparsa — dice Bobbio — dimostrando che il grande interesse "scientifico" era ingigantito per preparare il lancio commerciale».

CURARE MALATTIE CHE UNA VOLTA NON ERANO MALATTIE

Le giornate del malato, come certi studi clinici, i convegni e le pubblicità, in alcuni casi possono essere utilizzate per il cosiddetto *disease mongering*, la creazione a tavolino delle malattie. La stessa osteoporosi, la menopausa, la timidezza, un tempo non erano considerate patologie, ora sì. Una recente ricerca scientifica svolta negli Usa e pubblicata da *Social science*

& medicine, prende in considerazione una decina di situazioni (ansia, deficit di attenzione, insoddisfazione della propria immagine, disfunzione erettile, infertilità, calvizie, menopausa, gravidanza senza complicazioni, tristezza, obesità, disordini del sonno) che sono state medicalizzate, alcune magari anche giustamente, negli ultimi anni e calcola che costino ogni anno alla sanità Usa 77 miliardi di dollari, il 3,9% della spesa. Quanto costa in Italia medicalizzare le patologie che un tempo non esistevano? Rispettando le proporzioni con l'America, circa 4 miliardi di euro. Di recente il *British medical journal* ha pubblicato il lavoro di un ricercatore australiano, Ray Moynihan, il quale sostiene che il mito della scarsa libido delle donne è stato creato dalle case farmaceutiche, per vendere una versione femminile del Viagra fino ad ora mai scoperta.

COME SI AUMENTA IL NUMERO DI PAZIENTI

La fabbrica delle malattie non si accontenta mai. Si muove anche per far crescere il numero di persone a rischio. «Basta abbassare il limite della pressione, della glicemia o del colesterolo considerati pericolosi», spiega Roberto Satolli, medico e giornalista dell'agenzia Zadig, che realizza il sito www.partecipasalute.it. «Negli anni Sessanta si era ipertesi con 160-90, negli anni Ottanta e Novanta con 140-90 e adesso con 120-80. Si sposta un po' la soglia e milioni di persone vengono inserite tra coloro che devono prendere dei farmaci». Il colesterolo un tempo era considerato alto dai 240 in su, adesso anche ben al di sotto dei 200. Un sensibile allargamento del mercato potrebbe essere dovuto proprio in questo periodo al Crestor di Astra-

Zeneca, uno dei medicinali della famiglia delle statine più efficaci per abbassare il colesterolo e quindi prevenire l'infarto. Di recente l'Fda, l'agenzia Usa per il controllo dei farmaci, ha ap-

provato l'estensione delle indicazioni alle persone senza problemi di colesterolo ma con alti livelli della proteina C-reattiva (un marcatore di infiammazione) e con un fattore di rischio cardiovascolare, come fumo, ipertensione, sovrappeso. Il *New York Times* ha spiegato come uno studio su larga scala dimostri che, rispetto al placebo, il Crestor per questi soggetti fa scendere la probabilità di un attacco di cuore da 0,37% a 0,17. Il quotidiano fa notare che per prevenire un infarto "a cui normalmente si può sopravvivere" vanno trattate 500 persone. Che magari sono grasse e quindi potrebbero abbassare quel fattore di rischio. Il *Nyr* calcola che, con l'allargamento dei parametri, 6,5 milioni di americani diventano potenziali utilizzatori del Crestor.

Le statine sono sempre più usate ovunque, da noi il consu-

mo aumenta del 20% all'anno. Si tratta di farmaci che hanno rivoluzionato la cura dei problemi cardiovascolari. Lo sottolinea Sergio Dompé, presidente di Farindustria: «Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una riduzione di queste patologie senza precedenti. Del resto, più in generale, oggi stiamo meglio di una volta, in 15 anni ne abbiamo guadagnati 3 di vita. Le aziende fanno i loro interessi, ma quando lavorano correttamente perseguono anche il bene della collettività. Certo, alcuni sprechi si possono ridurre. E come dico sempre: il miglior farmaco è avere un bravo medico». Uno dei pilastri della fabbrica delle malattie è il marketing. Ma come si fa a vendere un farmaco?

L'IMBUTO E IL "DISEASE AWARENESS"

Bisogna essere oltre che disinvolti anche scientifici. «I medici sono classificati a seconda della loro capacità di condizionare i colleghi. In cima ci sono gli influenzatori, bravi a parlare in pubblico e seguiti da tanti altri dottori quando si tratta di fare una prescrizione. Poi ci sono gli influenzati ma anche categorie come gli *early adopters*, gli appassionati delle novità, che amano essere i primi a fare le cose». A parlare è Luca (il nome è finto), che da anni lavora negli uffici marketing del farmaceutico. «A parte l'utilizzo degli informatori, sono importanti i congressi. Si sponsorizzano gli organizzatori e si fanno mettere letture o tavole rotonde incentrate non sul brand del tuo farmaco, cosa vietata, ma sul principio attivo o sulla patologia. Avere questo spazio scientifico costa diverse decine di migliaia di euro. Per il tuo simposio ingaggi i relatori, che paghi tra i mille e 5 mila euro, e anche il pubblico, cioè i medici che seguono la patologia di cui si parla e che ospiti al congresso». Il fine è quello di vendere più farmaci. «Si pensi a un imbuto — dice Luca — Se ho 100 persone che prendono determinati medicinali e la mia azienda copre il 50% del mercato, serve a poco ed è faticoso strappare alla concorrenza il 2 o 3%. A me che sono leader, conviene aumentare i pazienti, farli diventare 200 allargando l'ingresso di quell'imbuto. Si cerca di ridefinire la malattia per poter dire che ne soffre anche chi prima non l'aveva. E partono le campagne di *disease awareness*, cioè di consapevolezza, fatte un po' in buona fede e un po' in malafede. Esiste sempre una quota di persone che non sa di avere una certa malattia: è giu-

sto fargliela scoprire. Così, ad esempio, si organizzano le giornate».

LA RICERCA IN MANI PRIVATE

Le multinazionali hanno in mano la ricerca. Lo spiega Nicola Magrini, farmacologo direttore del Ceveas, che si occupa di valutazione e linee guida sull'uso dei farmaci per la Regione Emilia Romagna e per l'Istituto superiore di sanità. «Negli Usa, pubblico e privato investono nella ricerca il 50% a testa — spiega — Da noi il pubblico finanzia solo una piccola parte degli studi. Bisognerebbe almeno favorire l'effettuazione di ricerche a cui partecipano più aziende: confrontando più farmaci si bilanciano gli interessi di tutti». Ma cosa fanno i singoli medici dei risultati della ricerca scientifica? «Negli ambulatori arrivano depliant patinati, non informazioni. Il sistema sanitario dovrebbe dare la possibilità a ogni dottore di accedere alle migliori evidenze scientifiche». Crede nelle collaborazioni tra privati per la ricerca anche Dompé. «Capita sempre più spesso che più aziende investano sullo stesso progetto, il nuovo paradigma è collaborare per competere». Il presidente di Farindustria spiega che nel settore in Italia c'è ancora da fare. «Siamo indietro senza dubbio come struttura industriale, e ancora di più come sistema paese. Ma stiamo crescendo. Il pubblico non può avere i soldi per pagare gli studi sui farmaci, che durano in media 12 anni e mezzo. Allora deve far in modo di individuare centri di eccellenza, e ce ne sono, in grado di competere a livello mondiale e investire solo su quelli».

SIAMO TUTTI DOLORANTI?

Proprio in questo periodo nel nostro paese potrebbe allargarsi il famoso imbuto. Sta partendo la campagna "dolore misterioso", negli studi dei medici di famiglia saranno messi volantini e poster per insegnare a riconoscere il dolore neuropatico e descriverlo (come bruciante, lancinante, formicolante, freddo o folgorante). È stato creato anche un sito www.doloremisterioso.it. L'iniziativa vede impegnate la Fimmg, sindacato dei medici di famiglia, la Simmg, la società scientifica di questi professionisti, e l'associazione Cittadinanzattiva. Sponsor è la Pfizer. Cioè l'azienda farmaceutica che produce il Lyrica, nato quando un prodotto simile della stessa azienda, il Neurontin, è diventato generico (peraltro dopo aver fatto prendere al produttore una multa della Fda da circa 450 milioni di dollari per campagne di marketing scorrette e mancata pubblicazione dei dati di studi negativi). Il Lyrica è a base del principio attivo pregabalin, indicato come terapia aggiuntiva negli adulti con attacchi epilettici, nell'ansia generalizzata ed è l'unico prodotto sul mercato per il trattamento del dolore neuropatico periferico, un problema che con l'approvazione della legge su cure palliative e terapia del dolore è diventato trattabile anche dai medici di famiglia, con gli specialisti. Intanto sul sito tutti possono fare un questionario sul proprio dolore, stamparlo e portarlo ai loro dottori. Se questi prescriveranno il Lyrica lo sapremo nei prossimi mesi. Quando si conosceranno i dati delle vendite.



USA

In base a una recente ricerca, negli Stati Uniti si spendono ogni anno circa 77 miliardi di dollari per la medicalizzazione di problemi che un tempo non erano considerati malattie



AUSTRALIA

Il *British medical journal* ha pubblicato il lavoro del ricercatore australiano Ray Moynihan: sostiene che il mito della scarsa libido delle donne è stato creato dalle case farmaceutiche



MESSICO

Il paese Ocse dove la spesa farmaceutica media pro capite è più bassa: 182 dollari l'anno nel 2007. L'Italia è a 524 dollari, sesta in classifica. Primi gli Stati Uniti, con 843 dollari

Il caso

Liste d'attesa, nuovo piano previsto un tetto di 30 giorni

TRENTA giorni per una visita specialistica non urgente, oppure 10 e 3 giorni se si tratta di un accertamento che secondo il medico va eseguito più velocemente. La conferenza delle Regioni ha approvato il piano per le liste d'attesa stilato con il **ministero della Salute**. Tutte le Regioni dovranno assicurare tempi minimi nell'erogazione di servizi sanitari, come visite, esami o ricoveri. Prima di tutto le prestazioni nel campo dell'oncologia e dei problemi cardiovascolari: si prevede che i cittadini non debbano aspettare più di 30 giorni per avere la diagnosi e 30 per iniziare la terapia. Questi tempi dovranno essere rispettati per almeno il 90% dei pazienti. Chi non rispetterà i

Tempi massimi di attesa

- **Casi urgenti**
da 0 a 72 ore
- **Casi brevi**
10 giorni
- **Casi differibili**
30 giorni per le visite
60 giorni per la diagnostica

tempi massimi non accederà a una parte del 3% del fondo sanitario, la quota trattenuta dallo Stato ed erogata solo a chi raggiunge certi obiettivi. Per quanto riguarda le visite e gli esami si prevedono tre fasce. Le prestazioni urgenti vanno assicurate subito o entro 72 ore, quelle definite "brevi" entro 10 giorni, quelle differibili entro 30 giorni se si tratta di visite o 60 per gli accertamenti diagnostici.

(m. b.)

I meccanismi

Quali sono i processi utilizzati dal sistema per riempire di medicine i nostri armadietti del bagno?

La consapevolezza

Ma quanti tra coloro che partecipano a una campagna informativa sanno già di avere quel problema di salute?

Le strategie

Uno dei pilastri della fabbrica dei consumi gonfiati è il marketing. Ma come si fa a vendere un prodotto curativo?

60

LE GIORNATE NAZIONALI

Le giornate dedicate a una malattia in Italia sono 60, 300 se si contano le locali

25 miliardi di euro

IL FATTURATO

L'industria farmaceutica in Italia ha un fatturato di 25 miliardi d'anno

4 miliardi di euro

LA "NUOVA" SPESA

È di 4 miliardi la spesa per curare problemi che un tempo non erano patologie

1-5 mila euro

I COSTI PER UN SIMPOSIO

L'intervento di un medico a un simposio farmaceutico costa da mille a 5 mila euro

150 mila euro

LA SPONSORIZZAZIONE

I costi per sponsorizzare una giornata del malato sono di 150 mila euro

Le iniziative

Si moltiplicano le giornate dedicate a una patologia
Sono 60 a livello nazionale, 300 con quelle locali

Lavoro a tavolino

L'esempio di osteoporosi, menopausa e timidezza
Un tempo non erano considerate disfunzioni, ora sì

Nuovi target

Cambiando i limiti di pressione, glicemia e colesterolo
magicamente cresce il numero dei pazienti a rischio

Intesa Governo-Regioni Esami e visite Arriva il tetto alle liste d'attesa

MALPELO ■ A pagina 3

Esami lumaca, guerra alle liste d'attesa «Mai più di 30 giorni per una visita»

I limiti fissati dalla Conferenza Stato-Regioni. «Priorità a tumori e malattie di cuore»

IL MINISTRO FAZIO: SFOLTIRE LE LISTE D'ATTESA, PRECEDENZA A ONCOLOGIA E CARDIOPATIE

LA PAROLA AGLI SPECIALISTI
MONITORATI I TEMPI NEGLI AMBULATORI DI NEUROLOGIA, CARDIOLOGIA, ONCOLOGIA, ORTOPEDIA E OCULISTICA

GLI STRUMENTI GIUSTI

SOTTO OSSERVAZIONE 27 ESAMI DIAGNOSTICI TRA CUI MAMMOGRAFIA, COLONSCOPIA, TAC, RISONANZA MAGNETICA E CORONAROGRAFIA

TAC E CORONAROGRAFIE

I tempi di erogazione delle prestazioni saranno monitorati. Le aziende sanitarie dovranno riorganizzare le richieste

di **ALESSANDRO MALPELO**

MALATTIE di cuore e tumori sono i *big killer* dell'età adulta. Le armi per difenderci non mancano, ma ancora troppo spesso il campanello d'allarme suona ai tempi supplementari, o quando è ormai tardi. La parola d'ordine del nuovo programma di governo in tema di sanità è accorciare i tempi che intercorrono tra i primi sintomi e la cura. «La Conferenza Stato-Regioni ha approvato il nuovo piano nazionale per le liste d'attesa che avevamo prospettato — annuncia il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio** — la nostra priorità è l'urgenza». Saranno monitorati 58 tipi di prestazione in modo che siano sempre concessi in tempi brevi esami quali la mammografia, la colonscopia, tac e coronarografia. E ci saranno corsie preferenziali per affrontare senza indugi le grandi malattie del secolo come i tumori e le patologie cardiovascolari. «Il prossimo passaggio sarà quello parlamentare — ha precisato il ministro — ci auguriamo in tempi brevi di cambiare significativamente la situazione».

TRA I PUNTI salienti del piano, visite urgen-

ti da eseguire al massimo entro 72 ore dalla richiesta del medico, entro 10 giorni le visite specialistiche, massimo 30 giorni di attesa per i casi «differibili». Due mesi il limite concesso all'effettuazione di esami strumentali più complessi, dove le liste d'attesa purtroppo sfiorano costringendo i pazienti a pagare di tasca loro per fare prima o percorrere centinaia di chilometri per una risonanza quando la richiesta potrebbe essere esaudita nella provincia di residenza, facendo funzionare strutture pubbliche e private in maniera ottimale. Anche l'ecografia dovrebbe diventare un esame di routine, e risultare alla portata degli ambulatori dei medici di medicina generale. Per smascherare i ritardi «a macchia di leopardo» saranno sottoposte a monitoraggio prestazioni di oncologia, ortopedia, cardiologia, neurologia, oculistica, ginecologia e dermatologia. Con un occhio di riguardo alla salute del cuore e un impegno deciso nella lotta ai tumori. Molte vite umane — si legge nel Piano — potrebbero essere salvate grazie alla prevenzione e con diagnosi tempestive. Ora tocca alle amministrazioni locali fare leva sulle aziende sanitarie per verificare che i tempi siano rispettati. Non sarà facile.



LIMITI E PRIORITÀ

72 ore

PER I CASI URGENTI

Tempi di attesa massimi per visite urgenti: limite entro il quale le aziende sanitarie devono erogare le prestazioni richieste dai medici ai loro pazienti

30 giorni

PER LE VISITE MEDICHE

Limite entro il quale le aziende sanitarie devono garantire ai pazienti le visite mediche differibili (10 giorni le visite in via breve e non differibili)

2 mesi

PER ESAMI DIAGNOSTICI

Tetto massimo di attesa consentito alle regioni per erogare accertamenti diagnostici ed esami specialistici attraverso la rete di aziende sanitarie

Liste di attesa. La stato-regioni approva le linee guida

Prestazioni urgenti non oltre le 72 ore

Sara Todaro

Le prestazioni sanitarie urgenti dovranno essere garantite entro 72 ore, anche facendo ricorso alla libera professione aziendale, concordata con i medici e solo con l'eventuale ticket a carico del cittadino. Per 58 prestazioni a più alto rischio d'attesa (dalle mammografie alle Tacc) scatterà lo status di "sorvegliato speciale" con percorsi particolari per quelle che il ministro della Salute, **Fernuccio Eazio**, chiama «le grandi patologie del secolo» destinate di assoluta priorità: tumori e malattie cardiovascolari. Il tutto dovrebbe essere garantito da Nord a Sud Italia, senza eccezioni, nell'arco massimo di cinque mesi, dopo l'adozione dei piani attuativi regionali e aziendali.

A prevederlo è il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2010-2012 approvato ieri dalla Conferenza Stato-Regioni che, nella versione finale - anticipata nel numero in uscita del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» - as-

segna un ruolo strategico ai Centri unici di prenotazione (Cup), titolari della regia complessiva dell'operazione.

Principale caratteristica dello schema d'intesa l'individuazione di quattro classi di priorità: le prestazioni ambulatoriali urgenti dovranno essere garantite in 72

LAPRIORITÀ

Per 58 controlli a più alto rischio di ritardo (dalle mammografie alle Tacc) scatta lo status di «sorvegliati speciali»

ore, quelle indifferibili in 10 giorni, e visite mediche differibili entro 30 giorni, gli accertamenti differibili andranno eseguiti in 60 giorni. In caso di mancata individuazione della tempistica massima da parte delle regioni, si applicheranno i parametri fissati dal Piano (30 giorni per le diagnosti-

che e 60 per le strumentali).

Tempi assolutamente contingentati per le patologie killer cardiovascolari e oncologiche: alle esigenze del paziente si risponderà con un piano diagnostico-terapeutico definito dopo la prima visita, che individuerà i tempi massimi d'attesa per le diverse fasi di cura. In ogni caso non si potrà aspettare più di 30 giorni per gli esami e altri 30 per l'avvio delle terapie. Riflettori puntati, infine, sulle 58 prestazioni da garantire nei tempi massimi fissati dalla regione al 90% dei cittadini che ne faranno richiesta.

Braccio destro delle regioni nella raccolta, trasferimento e smistamento dati sarà la rete dei centri di prenotazione: non a caso infatti il Piano punta con decisione sul capitolo dei controlli, con meccanismi diversificati per le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri. Sotto la lente di un monitoraggio ad hoc finirà però anche la capacità di comunicazione di regioni e aziende: tre rilevazioni l'anno anche per i siti web, per verificarne chiarezza e accessibilità. E una volta l'anno renderà noti i risultati attraverso il proprio portale. Affinché tutti cittadini possano leggere, valutare e magari chiedere qualcosa in più.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sentenza a Milano Brega Massone della Santa Rita operava per lucrare sui rimborsi

Interventi inutili, 15 anni al chirurgo

Il tribunale di Milano ha condannato a 15 anni e sei mesi di reclusione Pier Paolo Brega Massone, l'ex primario di chirurgia toracica della clinica Santa Rita, per gli interventi inutili e, a volte, dannosi che furono compiuti «con lo scopo di lucrare sui rimborsi». Condannati anche due collaboratori dell'ex chirurgo. L'inchiesta partì da una segnalazione anonima arrivata alla Guardia di finanza.

A PAGINA 23 Guastella, Ravizza

Milano Carcere anche per due collaboratori dell'ex primario e pene fino a tre anni per altri cinque medici

Caso Santa Rita, 15 anni al chirurgo

Condannato Brega Massone. I giudici: interventi eseguiti per i rimborsi

MILANO — Sono venuti meno al dovere di operare solo nell'esclusivo interesse della salute dei loro pazienti l'allora primario della Clinica Santa Rita e i suoi due assistenti perché, tra il 2005 e il 2007, volontariamente eseguirono interventi inutili e dannosi solo per truffare il Servizio sanitario. Per questo il Tribunale di Milano ha condannato a 15 anni e mezzo di carcere l'ex responsabile del reparto di chirurgia toracica Pier Paolo Brega Massone, a 10 il suo braccio destro Pietro Fabio Presicci e a 6 anni e 9 mesi Marco Pansera.

Al termine di un processo durato un anno e 11 mesi e dopo quasi 4 giorni di camera di consiglio, poco prima della mezzanotte di ieri i giudici (Maria Luisa Balzarotti presidente, Carmen D'Elia e Orsola De Cristofaro, a latere) confermano l'impianto accusatorio dei pm Grazia Pradella e Tiziana Siciliano trasformando, a meno di verdetti opposti nei prossimi gradi, il processo alla «Clinica degli orrori» in un caso da manuale di criminologia. Rispetto alle richieste della Procura, il tribunale lima da 83 a 79 il numero degli interventi ri-

tenuti nocivi, riducendo di conseguenza le pene chieste dai pm (21 anni per Brega, 14 per Presicci e 8 per Pansera), ma confermando in taluni casi l'aggravante di aver agito con crudeltà nei confronti delle vittime. Per quanto riguarda gli altri sei imputati accusati solo di truffa e falso per le cartelle cliniche truccate per gonfiare i rimborsi del Ssn, i giudici riducono di poco le richieste e infliggono pene da un anno e mezzo a tre anni e assolvono l'ex anestesista Giuseppe Sala. Risarcimenti immediatamente esecutivi da duecentomila euro all'ordine dei medici, da 40 mila alla Asl di Milano e da 30 mila alla Regione Lombardia. È la prima volta che un processo condanna il «modus operandi» di un'intera unità chirurgica che, pur sapendo di quanto poteva accadere operando pazienti spesso malandati, volontariamente ha accettato il rischio di causare lesioni gravi o gravissime.

L'inchiesta sulla «Clinica degli orrori» esplose il 5 giugno 2008 quando la Guardia di Finanza di Milano arresta Brega Massone e Fabio Presicci. Pansera e altre 11 persone finisco-

no ai domiciliari. L'indagine si suddividerà in due tronconi, il primo è quello che si è chiuso con la sentenza di ieri; il secondo (che ha riportato Brega Massone in carcere) riguarda un'altra settantina di lesioni e 4 quattro sospette morti che la Procura qualifica come omicidi volontari.

Il processo comincia il 2 dicembre 2008 senza il proprietario della clinica Francesco Paolo Pipitone, che aveva già patteggiato 4 anni e 4 mesi ai quali

L'accusa

Per il responsabile dello staff chirurgico della clinica l'accusa aveva chiesto 21 anni

aggiungerà un risarcimento di 7 milioni dopo un processo della Corte dei conti. I giudici impongono un calendario fitto di 73 udienze in cui Brega Massone non perde l'occasione per dichiarazioni spontanee, specie durante le deposizioni dei consulenti (Francesco Sartori, Dario Olivieri e Paolo Squicciari) dei pm. Gli esperti espongono una galleria degli orrori senza fine, parlando di «fretta chi-



urgica e crudeltà», come quando il bisturi affondava sui pazienti a caccia di tumori anche se non c'erano. Le intercettazioni, sentite in aula, confermano lo scenario sconcertante. Drammatiche le deposizioni di alcuni pazienti. Le difese rispondono con due esperti e testimonianze che tentano di smontare l'accusa e chiede l'assoluzione. L'ex primario dice che ha sempre operato «in scienza e coscienza», che gli interventi «servivano a migliorare la qualità della vita dei pazienti ed assicurare una morte dignitosa ai malati di tumore». E se la Pradella lo incalza chiedendogli perché asportava mammelle per poi scoprire un nodulo benigno quando sarebbe bastata un'agobiopsia, poco più di una puntura, Brega risponde che «l'unica certezza la si ha con l'esame istologico dopo l'intervento». Ma «alla Santa Rita contava il fatturato, che si curasse la gente era irrilevanti», ribattono i pm.

Giuseppe Guastella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

L'indagine

L'inchiesta è partita da una segnalazione anonima arrivata alla Guardia di finanza di Milano

Le accuse

Dal 2005 al 2007, l'équipe di chirurgia toracica guidata dal primario Pier Paolo Brega Massone (foto in alto) avrebbe effettuato interventi «inutili» e «dannosi» solo al fine di ottenere i rimborsi. I casi sospetti sarebbero di 83 pazienti ricoverati all'ex clinica Santa Rita di Milano (foto sotto), ora Istituto clinico Città Studi

Gli arresti

I pm Grazia Pradella e Tiziana Siciliano il 9 giugno del 2008 ottengono l'arresto di 14 persone ipotizzando i reati di lesioni volontarie e truffa ai danni del servizio sanitario nazionale

I casi

Una donna di 83 anni che aveva un dolore al polmone sinistro, per esempio, viene trattata come se avesse un cancro e le viene tolto un pezzo di polmone. Invece, l'anziana paziente risulterà affetta da polmonite. Il chirurgo Brega Massone viene intercettato e, parlando con un'amica, si autodefinisce «l'Arsenio Lupin della chirurgia»

Il processo

Il dibattimento in aula nei confronti dell'ex chirurgo Brega Massone e degli altri

Condannati anche i vice di Brega Massone
Le vittime del Santa Rita: "Pene troppo lievi"
Milano, clinica degli orrori
quindici anni all'ex primario
per le 83 operazioni superflue

RANDACIO E VANNI
A PAGINA 22

Santa Rita, 15 anni e mezzo all'ex primario

Milano, clinica dell'orrore: per Brega Massone la procura aveva chiesto 21 anni. Condannati anche i suoi vice

EMILIO RANDACIO

MILANO—Sono state necessarie 84 ore di camera di consiglio, 73 udienze e 22 mesi di dibattimento per arrivare ad accertare che alla clinica milanese Santa Rita si effettuavano interventi chirurgici con l'unico scopo di gonfiare i rimborsi da chiedere al servizio sanitario nazionale. Così si spiegano i quindici anni e mezzo di carcere inflitti nella notte dalla quarta sezione penale milanese all'ex primario del reparto di cardiocirurgia Pier Paolo Brega Massone, 110 anni al suo vice Pietro Presicci e i 6 anni e 9 mesi all'altro aiuto, Marco Pansera.

I tre imputati erano accusati di aver effettuato 83 interventi chirurgici inutili che provocarono lesioni in alcuni casi permanenti ad altrettanti pazienti. La Corte, oltre ad aver dichiarato interdetti per cinque anni dalla professione i tre medici, ha fissato un risarcimento immediatamente esecutivo per gran parte delle parti lese. Il tutto per una somma che sfiora i due milioni di euro. Ha retto la tesi dei pm Grazia Pradella e Tiziana Siciliano, anche se per i tre principali imputati del processo avevano chiesto pene fino a 21 anni di carcere. La sentenza è stata accolta nell'apparente indifferenza del principale imputato, al suo fianco la moglie è invece scoppiata in lacrime.

Lesioni gravi e truffa al sistema sanitario nazionale, le accuse che la procura muoveva agli imputati. Ottantatré pazienti che avrebbero subito danni, in molti casi permanenti, da interventi chirurgici, ordinati dall'ex primario della clinica Santa Rita, Pier Paolo Brega Massone, con l'unico obiettivo di ottenere rimborsi maggiori dalla Asl. Un despota, cinico, hanno documentato le intercettazioni telefoniche captate dalla guardia di finanza milanese, al punto da imporre perfino

asportazioni del tutto inutili, per ottenere a fine mese maggiori guadagni in busta paga.

Lo scandalo era scoppiato all'alba del 9 giugno 2008. I vertici della clinica, a cominciare dal suo proprietario, il notaio Francesco Paolo Pipitone (è già stato condannato), finiscono in carcere, insieme a numerosi primari. Il principio imposto allo staff sanitario, era raggiungere budget, lucrare sui rimborsi. Anche di fronte a dichiarazioni univoche, a confessioni, il primario Brega Massone ha sempre negato ogni accusa. È rimasto in carcere per cinque mesi, respingendo ogni addebito. Riacquistata la libertà, nel novembre 2008, si era presentato in televisione, ospite di diversi talkshow, e aveva continuato a rivendicare la sua altissima professionalità. «La medicina non è la matematica—aveva detto prima di tornare a San Vittore—. Esistono vari approcci, varie visioni per la cura del paziente. Ma le accuse che mi sono state rivolte sono basate su dati parziali: solo sulle cartelle cliniche, senza contare né la storia del paziente e le valutazioni del medico». Anche nell'aprile del 2009, quando su di lui e sul suo staff era piovuta l'accusa di omicidio volontario, la sua linea non era minimamente cambiata. Quattro pazienti, operati inutilmente, sarebbero morti, sempre secondo l'ipotesi accusatoria, pochi istanti dopo essere usciti dalla sala operatoria. Dopo la sentenza emessa dai giudici milanesi, contro Brega rimane tuttora aperta questa inchiesta, la più pesante.

Le tappe



LE INDAGINI

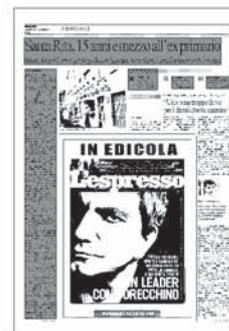
Giugno 2008: 14 medici e amministratori della clinica vengono indagati

L'ACCUSA

È di aver eseguito, tra il 2005 e il 2007, 83 interventi inutili per aumentare i profitti

IL PRIMARIO

Principale indagato è l'ex primario di chirurgia toracica Pier Paolo Brega Massone



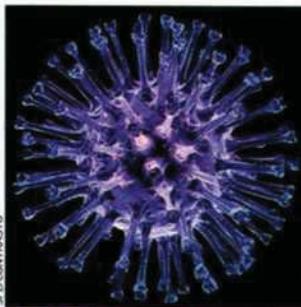
Malasanità Russo smentisce i dati di Orlando

PALERMO. Sulla malasanità è botta e risposta tra il presidente della Commissione parlamentare errori sanitari Leoluca Orlando e l'assessore alla sanità Massimo Russo, il quale non ha gradito i dati forniti dal primo parlando di Sicilia come capitale della malasanità con 52 casi sentinella e 38 decessi. «Ha sputtato la Sicilia sui giornali: un giudizio ingeneroso - accusa Russo - che nasce da una metodologia sbagliata frutto di una non lealtà istituzionale e di una cultura giustizialista. Si confondono le denunce con i casi di malasanità accertati e sono rapportati in una graduatoria inammissibile tra regioni non tenendo conto del numero della popolazione e dei ricoveri».

Orlando replica: «Il ruolo istituzionale che ricopro m'impedisce di censurare il tono usato dall'assessore Russo, che continua ad essere l'unico assessore che non ha compreso il ruolo istituzionale della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e disavanzi sanitari che acquisisce dati sulla base di relazioni fornite dai governi regionali».

Russo ribatte con una conferenza stampa e smentisce i dati forniti da Orlando e si domanda da dove la Commissione li ha tirati fuori dal momento che si lamenta del fatto che la Regione non glieli ha forniti. ◀



**Salto di specie****ALLARME
AVIARIA:
IL VIRUS
E NEI MAIALI**

L'aviazione è sparita dai media, ma non dal mondo. In Indonesia continua a infettare il pollame, raramente le persone (la mortalità è del 60 per cento) e, questa è la sorpresa, anche i maiali. Lo ha scoperto Chairul Nidom, biologo dell'Università di Surabaya, ricercando, fra il 2005 ed il 2009, il virus H5N1 in settecento suini sparsi per l'arcipelago indonesiano. Nel 7,4 per cento dei casi l'analisi è stata positiva, a dimostrazione che l'animale era stato contagiato. L'arrivo dell'aviazione nei maiali è l'avvenimento che più preoccupa i ricercatori, perché questa specie potrebbe fare, come spesso accade, da ponte verso l'uomo, trasmettendogli il virus influenzale. L'H5N1 presente nei maiali, ha scoperto Nidom, pur somigliando ancora a quello negli uccelli, ha già subito una mutazione che gli permette di vivere nel loro naso, facilitandone la trasmissione. Questo potrebbe essere il primo passo verso la creazione di una varietà in grado di passare direttamente fra uomo e uomo, senza più bisogno del contatto con un pollo infetto. (al.sa.)



Tabagismo

SE FUMI È ANCHE COLPA DI UN GENE

La notizia non deve fornire un alibi, ma è un fatto che l'abitudine al fumo è scritta anche nei geni. Alcune persone, infatti, hanno un gene - chiamato CHRNA5 - che predispone alla dipendenza da nicotina e fa aumentare il rischio di tumore polmonare. Lo hanno scoperto i ricercatori dell'Istituto per lo studio e la cura dei tumori di Milano guidati da Tommaso Dragani che, nell'ambito di un progetto finanziato

dall'Associazione italiana per la ricerca sul Cancro (Airc), hanno analizzato i geni del tessuto polmonare sano di una settantina di persone con tumore al polmone. Come spiega Dragani sul "Journal of the National Cancer Institute": «I forti fumatori hanno una zona del cromosoma 15 diversa rispetto a chi non è attratto dalle sigarette, ma finora nessuno era mai riuscito a circoscrivere il campo né, tantomeno, a individuare un solo gene. Ora il mistero sembra risolto, e con questo si aprono nuove prospettive». Il ricercatore si riferisce al fatto che in futuro le persone con questo gene potrebbero essere facilmente individuate e indirizzate a programmi per smettere di fumare e a controlli per la diagnosi precoce molto più specifici e serrati.

Agnese Codignola

