

Rassegna del 08/10/2010

NAZIONE - Sorpresa, una donna su cinque soffre di ansia da prestazione - Mugnaini Olga 1

FIRENZE R. CERCA IN COLLABORAZIONE CON L'ATENEO. UN D. STURBO CHE SI CREDEVA SOLO MASCHILE

Sorpresa, una donna su cinque soffre di ansia da prestazione

SONDAGGIO SU 600 DONNE TRA I 18 E 50 ANNI DI CUI IL 26% SINGLE



► **ANSIA**

Una donna su 5

ha provato l'ansia da prestazione il 95% conosce solo quella maschile, appena il 38% sa che esiste anche al femminile

► **FEDELI**

61% Nell'ultimo anno ha avuto un solo partner

► **I NEMICI DELLA COPPIA**

65% ROUTINE

51% STRESS

48% TIMORE DI DELUDERE IL PARTNER

► **INATTIVE**

15% non ha una vita sessuale

11% non ha avuto nessun partner nell'ultimo anno

di **OLGA MUGNANI**

— FIRENZE —

L'EMANCIPAZIONE della donna avviene sia in un'anche con i suoi lati negativi. Adesso arriva l'ansia da prestazione sessuale che se fino ad ora sembrava esserle solo gli uomini, pare aver contagiato anche lei. Su 5, il 95% conosceva il problema al maschile, solo il 38% sapeva che la distorsione poteva capitare anche al femminile. La colpa è quella corsa alla perfezione o al sentirsi sempre all'altezza della situazione che viene vissuta in ufficio, in famiglia, in seguita sotto le lenzuola.

Lo rivela un sondaggio su "Le italiane e il sesso" presentato ieri a Firenze nel corso del congresso della Federazione di Sexologia Scientifica (Fiss) e della Società della Contraccettione (Sies) con la collaborazione dell'Università di Firenze. Dalle interviste a 600 donne tra i 18 e i 50 anni, di cui il 26% single, emerge l'ansia da prestazione che va ad aggiungersi ai nuovi nemici della coppia, insieme alla routine (65%), allo stress (51%) e al timore di deludere il partner (48%). Più a rischio sono quelle donne che soffrono di cicli mestruali, abbondanti, che possono causare anemia e

forti sbalzi d'umore — spiega il professor Salvatore Caruso, presidente della Fiss e vicepresidente del congresso —. La pillola anticoncezionale può essere un valido aiuto in particolare quella bio. È una specificità per risolvere questi disturbi. L'ansia da prestazione si manifesta nella donna come un blocco della risposta sessuale, con un meccanismo pur psicologico ed inter-sperevo che lascia Biesce comunque a portare a termine il rapporto, ma vivendo un senso di disagio. La regola d'oro della pillola bio è un sereno positivo — aggiunge la professorssa Vincenzina Riano, docente dell'Università di Firenze e presidente del comitato scientifico del congresso —. Dopo un anno dalla sua introduzione in Italia ha già avuto un vero boom. È soprattutto la Toscana la regione che meglio ha accolto la novità. La tendenza verso gli anticoncezionali orali è sbagliata — aggiunge il professor Gaetano Scarselli, dell'ospedale di Careggi —, perché i benefici sulle salute sono più superiori — lungamente i possibili rischi —. Insomma grazie alla pillola negli ultimi anni in Toscana è in costante calo il numero degli aborti: dagli 8579 del 2006 siamo passati a 7600 del 2009.



Rassegna del 08/10/2010

REPUBBLICA VENERDI - Parlare di sesso al Cairo - Zanuttini Paola

TEST SALUTE - Editoriale - Difendere i diritti delle donne - ...

TEST SALUTE - La donna è sola - ...

PARLARE DI SESSO
AL CAIRO

Tra piacere e contraccezione, l'Egitto cerca un patto col Corano

Se la crescita demografica rimarrà quella di oggi, entro il 2017 si passerà da 74 a 96 milioni di abitanti. Il governo corre ai ripari, ma deve mediare con la tradizione

dal nostro inviato

PAOLA ZANUTTINI

IL CAIRO. Per entrare nelle camere degli sposi egiziani si deve passare per molte altre stanze. A partire da quella ministeriale del dottor Abdel Halem Ragab, responsabile della pianificazione demografica nazionale. Poiché l'Egitto è povero, giovane e sovrappopolato (grazie anche alla forte riduzione della mortalità infantile), bisogna correre ai ripari, spiega il dottore. «Vanno ridotti da tre a due i figli per famiglia, altrimenti, entro il 2017, arriveremo, dagli attuali 74, a 96 milioni di abitanti». E tutti concentrati nel sei per cento del territorio. Il resto è deserto.

A parlar di contraccezione si può scivolare in argomenti più torridi, come il desiderio, il piacere, ma Ragab taglia corto: «Non fa parte della nostra cultura. Il discorso sulla riproduzione va separato dalla sessualità». La cultura islamica contempla invece il ricorso agli anti-concezionali e il dottor Ragab si stupisce quando lo informo che la morale cattolica lo considera un peccato mortale: «Strano, il nostro programma è guidato proprio dalla Sharia. Che vieta solo l'aborto, la sterilizzazione e l'imposizione per legge del controllo delle nascite».

Ottimo, perché la contraccezione di Stato, o calata dall'alto, invade i più elementari diritti individuali. Nel 1970, i Peace Corps, volontari della pace istituiti da Kennedy, furono banditi per vent'anni dalla Bolivia dopo che un film, *Sangue di Condor*, aveva svelato che sottoponevano le donne indie alla sterilizzazione forzata. Pratica tuttora applicata da governi e istituzioni: in Cina, per esempio e, in tempi recenti, sulle donne rom dell'Est europeo. In India, non è forzata, ma proce-

de su ritmi più attenti ai grandi numeri che al consenso informato.

Il controllo delle nascite è uno dei più efficaci strumenti per combattere, oltre che la povertà, la mortalità delle madri e dei bambini: il *birth spacing*, ovvero l'intervallo di due, tre anni fra i parti consigliato dall'Oms è un vero salvavita, ma nei Paesi in via di sviluppo, in quanto a metodi, non si va per il sottile. Provate a suggerire a un'occidentale di farsi incidere il braccio senza anestesia per inserirle il Norplant, sei capsule di progesterone lunghe tre centimetri, che restano lì cinque anni, sballano il ciclo o lo fanno sparire, e ditele magari che è pure un rimedio contro l'anemia. O proponetele un'iniezione trimestrale di ormoni in stile veterinario. Il tutto senza un'analisi, senza informarla sui vari anticoncezionali e senza darle la libertà di scegliere. Vedrete cosa risponderà.

Il governo egiziano, aiutato da Save the Children, cerca di cambiare strada, con un programma di pianificazione familiare che non vuole imporsi dall'alto ma tende a coinvolgere le coppie. Le coppie, non le donne. E se questo approccio familiare in teoria è un bene, perché responsabilizza gli uomini, in pratica non cambia molto le cose, visto che i mariti si limitano ad acconsentire e a portare le mogli al consultorio, ma di profilattici non vogliono sentir parlare: è un articolo da bordello. E diminuisce il piacere. Quindi, prevenire le gravidanze indesiderate resta una questione femminile. Come resta una questione - anzi una tragedia - femminile quella delle mutilazioni sessuali, che tocca 97 adulte su cento: proibite dal 2008, proseguono clandestine e indisturbate. Soprattutto nelle campagne. Come dire che l'intreccio fra passato e modernità, deve ancora

**COPPIA****SEMINARIO**

CONSIGLI DI FAMIGLIA
Giovani sposi a un seminario di salute materno-infantile a El Tramsa, un villaggio dell'Alto Egitto. Sopra, un coppia appena sposata nella sua nuova casa. Nelle campagne, e a volte anche in città, i fidanzati arrivano al matrimonio senza alcuna nozione in materia di sesso

sciogliere qualche contraddizione.

Nelle campagne dell'Alto Nilo, la vita è rimasta indietro, ma lo spirito di comunità ha fatto progressi. Negli arretrati e sabbiosi villaggi tra Luxor e Asiat, comitati cittadini, operatrici sanitarie volontarie e assemblee delle donne arabe (si chiamano proprio così) si danno un gran da fare per promuovere la salute materno-infantile. E, fra un seminario sull'allattamento al seno e uno sulla piramide alimentare o sulle conseguenze del fumo passivo, si passano altri messaggi. Che da noi si leggevano già sessant'anni fa sulle riviste femminili, ma qui sono abbastanza inediti. Qualche esempio? Una moglie che sa leggere e scrivere protegge sé e la sua famiglia. E se avvia una piccola attività che aiuti il bilancio domestico è una donna di

successo. Il *family planning* giova alla salute di madri e figli, ma anche all'intimità della coppia, quindi della famiglia. Una moglie non abbruttita dalla fatica è più facile che si tenga il marito. L'*empowerment*, in queste stanze, passa anche attraverso certi consigli.

Nel remoto villaggio di El Tramsa, a condurre il seminario c'è una giovane e volitiva donna tutta coperta dal niqab marrone, che le lascia scoperti solo gli occhi e neanche le mani, avvolte da guanti in tinta.

Le chiedo delle mutilazioni sessuali e lei propone subito un referendum alle astanti: chi è contraria e chi favorevole? Visto l'abbigliamento della proponente, che pare assai influente sulla platea, ti aspetteresti un diluvio di voti a favore. E invece stravincano le contrarie: 15 su 19. Il fatto è che, se l'abito non fa il monaco, il *niqab* non fa l'integralista e la donna in marrone, visibilmente soddisfatta del risultato, ammonisce sui rischi di frigidità cui vanno incontro le circoncise. Chissà se nelle campagne lucane degli anni Cinquanta si discuteva di frigidità.

«Il nostro lavoro è disseminare» spiega la ginecologa Amal Hussein, responsabile di questo progetto materno-infantile per Save the Children. Se parla di salute riproduttiva, il linguaggio della dottoressa è esplicito. Per esempio, quando elogia la spirale, metodo molto utilizzato in Egitto, ma non dalle donne più povere, che temono disturbi il rapporto: «Si può introdurre anche alla fine del parto. Se le donne applicano in vagina soluzioni antibiotiche o antistaminiche, non provoca sanguinamento e infezioni. E può essere tenuta fino alla menopausa, con controlli periodici». Ma quando si sconfinava a monte della riproduzione si fa più laconica: «Non separiamo mai la con-

editoriale

DIFENDERE I DIRITTI DELLE DONNE

Due dati relativi alla maternità, desiderata o no, e alla salute sessuale della donna colpiscono e preoccupano in modo particolare. Il primo riguarda l'incredibile numero di obiettori di coscienza: ginecologi, anestesisti e personale non medico che per asseriti motivi etici rifiutano di prestare il loro servizio per le interruzioni volontarie della gravidanza, comprese quelle terapeutiche. La media italiana dei ginecologi obiettori supera il 70%, con punte che arrivano all'85% in Campania o all'82% in Sicilia. Una scelta che sembra per molti più di convenienza che di coscienza e che porta a una situazione che impedisce di fatto alle Asl di offrire un servizio a tempo pieno, con continuità e senza liste d'attesa. Attesa che significa settimane di sofferenza in più e anche rischio di sfiorare i limiti di legge per poter abortire. E che rende difficile e ancor più doloroso per le donne far valere un diritto che la legge garantisce. Per fortuna, il numero degli aborti è in costante calo, grazie anche al lavoro svolto negli anni dai consultori pubblici, predisposti per assistere la donna in gravidanza, ma anche per informare sui metodi contraccettivi. Ma il lavoro di queste strutture è tutt'altro che esaurito, se la prevenzione è ancora così poco praticata, come emerge dalla nostra inchiesta (pag.25). Occorre educare le donne immigrate, che incidono sul numero di aborti

Medici coscienziosi per una maternità consapevole e sicura

praticati in Italia, e quelle che dopo l'aborto non vengono informate sulla contraccezione, come la legge richiede (il 20% delle donne dell'inchiesta

non era alla prima interruzione). I consultori pubblici invece sono ancora troppo pochi: 0,7 anziché 1 per 20.000 abitanti, come prevede la legge e non in tutte le regioni funzionano bene, creando una intollerabile situazione di disuguaglianza nell'assistenza, che rischia di peggiorare con le riforme recentemente proposte.

Il secondo dato allarmante riguarda il ricorso al parto cesareo. La percentuale media rispetto al totale dei parti supera il 38 % ed è la più alta d'Europa, con picchi anche in questo caso in Campania (62,2%) e in Sicilia (53,1%). Numeri che non trovano giustificazione, se non nella possibilità di ottenere rimborsi più alti per la struttura sanitaria, di programmare gli interventi secondo la propria convenienza, di evitare complicazioni e problemi a personale sanitario non abbastanza competente o a ospedali poco attrezzati. Numeri che denunciano senza appello una ripetuta inappropriatazza delle cure da parte dei medici, che ricorrono alla chirurgia quando non sarebbe necessaria, se confrontati con le linee guida dell'Oms, secondo cui la soglia del 10-15% di cesarei garantisce il massimo beneficio per la madre e per il bambino.

La donna è sola

Una su quattro non confida a nessuno la decisione di abortire, neanche al partner. Una su cinque ha ripetuto l'esperienza. E la prevenzione?

In Italia, in questi mesi, si è tornati a discutere di aborto e di legge 194. Dopo un lungo dibattito, nel dicembre 2009 è stata introdotta anche nel nostro paese la possibilità di abortire farmacologicamente, con la pillola RU486. Un metodo contestato dai movimenti prolife e antiabortisti, perché considerato "troppo facile", a rischio quindi, secondo loro, di far aumentare gli aborti, perché presi alla leggera. In realtà, dalle risposte che abbiamo ricevuto nei paesi in cui la RU486 è in uso da più tempo, non risulta che l'aborto farmacologico sia un'esperienza meno pesante. Al contrario, dal punto di vista del dolore fisico può essere peggio-

Il metodo dell'inchiesta

Centinaia di testimonianze

- Tra l'ottobre 2009 e il marzo 2010 abbiamo condotto un'indagine in tre paesi europei, Italia, Spagna e Portogallo, per conoscere esperienze e sensazioni di donne che si erano sottoposte a interruzione volontaria di gravidanza (ivg).
- Il questionario è stato distribuito, in ospedali e consultori che lo hanno consentito, alle donne che si erano sottoposte a ivg. Hanno risposto donne italiane e straniere, che provengono da tutte le parti d'Italia.
- Per l'Italia, abbiamo ricevuto 200 risposte.

INCHIESTA SULL'ABORTO



re (gli effetti indesiderati più frequenti sono mal di pancia, nausea, sanguinamento). Al di là della nuova pillola, di troppo recente introduzione per essere inclusa in questa inchiesta, abbiamo voluto gettare una luce sull'esperienza delle donne che affrontano la difficile esperienza di interrompere volontariamente la gravidanza.

Contraccezione: un terzo non l'ha usata

Dalla nostra indagine emerge chiaramente che il primo motivo di ricorso all'aborto è il mancato uso della contraccezione.

- Il 35% delle donne che hanno risposto al questionario ha dichiarato di non aver usato alcun metodo contraccettivo nei tre mesi precedenti la gravidanza indesiderata. E dopo l'aborto, ancora il 5% dichiara di continuare a non

usarne: troppo, questo aspetto dovrebbe essere affrontato con più decisione nelle strutture sanitarie. Nonostante la legge 194 lo preveda esplicitamente, in Italia il 18% delle donne ha risposto di non avere avuto alcuna informazione sulla contraccezione e sul controllo delle nascite, una volta iniziate le procedure per l'interruzione di gravidanza. In questo modo non si rimuovono le cause che hanno portato all'aborto.

- Una donna su 5 ha dichiarato di aver praticato il coito interrotto come unica precauzione: un metodo inaffidabile.
- Chi dopo l'interruzione di gravidanza decide di usare un contraccettivo ricorre in larga maggioranza alla pillola, un metodo affidabile, se usato correttamente, ma che può avere controindicazioni: è bene dunque consultarsi in

> proposito con il proprio medico. Un dato estremamente negativo è che il venti per cento delle donne non è al primo aborto: questo significa che il contatto con le strutture sanitarie per il primo intervento non è stato sufficiente a rimuovere le condizioni che hanno portato all'interruzione di gravidanza e insegnare una gestione responsabile della fertilità.

Buona informazione

A quanto risulta dalle risposte, per le donne che vivono in Italia è molto facile ottenere informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza. Quasi tutte si rivolgono al proprio ginecologo e ai consultori, una su cinque chiede ad amici e conoscenti. Si ricorre poco al medico di famiglia. In Spagna, e soprattutto in Portogallo, la fonte di informazioni prediletta è Internet. Quasi tutte le donne intervistate hanno comunque trovato facile ottenere informazioni.

La legge in Italia prescrive alle donne sette giorni di attesa prima di abortire

COSA DICE LA NORMATIVA

LEGALITÀ È SICUREZZA

Per ottenere una diminuzione degli aborti, le leggi molto restrittive sono risultate inutili. Aumentano solo i rischi.

I dati statistici dimostrano che la percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza è uguale nei paesi in cui l'aborto è legale e in quelli in cui è illegale o la legge è comunque molto restrittiva. L'unica differenza davvero significativa riguarda la salute delle donne: l'aborto clandestino, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, provoca gravi danni. Ogni anno nel mondo circa 70.000 donne muoiono per gli aborti illegali e altri cinque milioni hanno bisogno di cure mediche per gli interventi male eseguiti da persone incompetenti o in condizioni igieniche precarie.

◆ L'aborto è stato introdotto in Italia con la legge 194 del 22 maggio 1978: "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

◆ La legge consente l'aborto entro 90 giorni dall'inizio della gravidanza quando "la donna accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito".

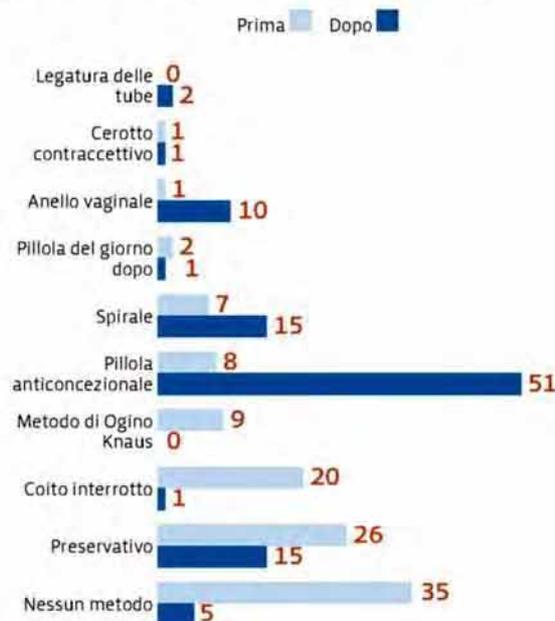
◆ L'aborto è consentito anche superati i tre mesi di gravidanza quando ci sia "grave pericolo per la vita della donna o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".

◆ Se il medico non certifica l'urgenza, la donna, per legge, può abortire solo dopo sette giorni dal rilascio del certificato.

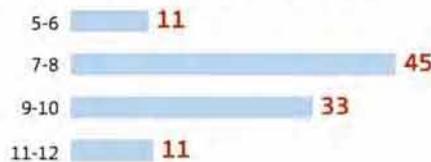
◆ L'articolo 14 della legge 194 recita: "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna".

◆ La legge 194 prevede l'obiezione di coscienza, ovvero la possibilità per i medici di non eseguire interventi di interruzione volontaria della gravidanza.

Metodi contraccettivi prima e dopo l'intervento (%)



A quale settimana di gravidanza è stato effettuato l'intervento? (%)



A quale settimana?

La maggioranza delle donne decide di abortire entro la sesta settimana di gravidanza e ne parla come prima cosa con il proprio ginecologo. Quasi tutte dichiarano di essere state messe a proprio agio dai medici e consulenti con cui hanno parlato durante il primo colloquio e quasi tutte hanno subito ricevuto spiegazioni e informazioni sulle procedure da seguire. Come prevede la legge 194, le donne italiane sono state anche informate del periodo di riflessione: una settimana da quando si ottiene il certificato a quando si può effettivamente interrompere la gravidanza. Sette giorni che il legislatore italiano ha ritenuto importanti per tornare eventualmente sulla propria decisione, ma che fanno notevolmente aumentare, rispetto agli altri paesi, il tempo complessivo di attesa (in Spagna non esiste questo periodo e in Portogallo è solo di tre giorni).

Un'attesa più lunga

Il tempo di attesa dopo il rilascio del certificato è nettamente più alto rispetto a Spagna e Portogallo: 12 giorni, contro i 6 degli altri due paesi. L'aborto avviene nel 45% dei casi dopo l'ottava settimana e nell'11% dopo la decima. Metà delle donne avrebbe voluto avere la possibilità di abortire prima. Molto rapida è l'attesa in ospedale: il 60% delle intervistate non ha dovuto attendere più di un quarto d'ora per l'intervento.

Anestesia totale

Sul metodo utilizzato le risposte che arrivano dai questionari vanno prese con precauzione. Stando infatti a quello che hanno risposto le donne, il 40% delle intervistate ha abortito con l'isterosuzione a cannula rigida, circa il 30% con quella a cannula morbida (il cosiddetto metodo Karman). L'impressione però è che si faccia confusione tra i due metodi. I dati

In Portogallo la pillola RU486 è il sistema più usato

del ministero della Salute dicono che il metodo più comune in Italia è il Karman. In Portogallo (ma in Italia era ancora troppo presto per poterlo verificare) il metodo più usato è quello farmacologico, con la RU486. Quello che è certo è che nessuna donna italiana ha potuto scegliere come abortire.

La durata dell'intervento in genere non supera i dieci minuti. E il tempo di ricovero è normalmente di un giorno solo.

In Italia si esegue quasi sempre l'intervento in anestesia generale, quasi nessuna donna ha potuto scegliere nemmeno in questo senso.

Privacy e sostegno

Quando ci si trova a dover affrontare un evento delicato e difficile come un'interruzione di gravidanza, rispetto e sostegno sono due componenti d'aiuto fondamentali. Dalle risposte al nostro questionario emerge che è molto alta la sod-



I NUMERI

UN FENOMENO IN CALO

La legge 194 impone alle strutture che praticano le interruzioni di tenere un registro degli interventi effettuati. Che diminuiscono.

Gli ultimi dati disponibili sul sito del ministero della Salute sono quelli assoluti e non scomposti del 2008. I dati invece completi e scomposti sono del 2007.

- ◆ Nel 2008 le interruzioni di gravidanza in Italia sono state 126.562, in calo del 4% rispetto al 2007.
- ◆ Il tasso di abortività sul totale della popolazione femminile in età fertile è dell'8,7 per mille. L'Italia è uno dei paesi europei con il tasso più basso.
- ◆ Le donne che più fanno ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza sono quelle tra i 20 e i 24 anni e il tasso maggiore di abortività è in Emilia Romagna e in Piemonte.
- ◆ L'obiezione di coscienza tra i medici è in continua crescita: nel 2008 il 71,5% dei ginecologi non praticava l'interruzione volontaria di gravidanza.

ALTERNATIVA NON CHIRURGICA

LA PILLOLA DISCUSSA

I dati dei paesi in cui è in uso da più di tempo indicano che la RU486 non ha portato a un aumento degli aborti.

- ◆ Le linee guida del ministero della Salute dicono che la pillola abortiva RU486 (mifepristone) può essere utilizzata entro le sette settimane di gravidanza. Un termine molto stretto, che rende oggettivamente difficile ricorrere all'aborto farmacologico in Italia. E in disaccordo con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che riportano che "l'aborto medico è considerato un metodo idoneo e sicuro per interrompere le gravidanze fino alla nona settimana". Le nove settimane sono in effetti il limite applicato in molti altri paesi.
- ◆ Sempre dalle linee guida del ministero si evince che in altri paesi europei come Francia, Svezia o Inghilterra, "l'introduzione del mifepristone per l'aborto medico non ha modificato in alcun modo la tendenza in atto sul ricorso all'aborto volontario". Insomma la pillola abortiva non ha portato agli "aborti facili" come spesso sostiene chi si oppone all'uso della RU486.



SILVIO VIALE Responsabile del Servizio Unificato di IVG, Ospedale Sant'Anna di Torino

Una questione medica

L'uso della RU486 stenta ad affermarsi in Italia: sono pochissimi gli ospedali che la usano. Per diversi motivi.



Come va in Italia l'utilizzo della RU486?

Sono pochissimi gli ospedali che la usano e molti di questi solo simbolicamente. Al Sant'Anna abbiamo superato i 600 casi; dei quali circa il 6 - 7% richiedono comunque un intervento chirurgico successivo. Dopo la somministrazione della RU486 non vi sono problemi e anche dopo la prostaglandina (*il farmaco che si assume dopo 36-48 ore, ndr*), con l'espulsione, non vi sono grandi preoccupazioni. Avvenuto l'aborto si tratta di aspettare il flusso, che giungerà 40-50 giorni dopo. Il rischio di raschiamento è a distanza di settimane dall'assunzione del farmaco.

Ci sono ancora molte resistenze?

La RU486 ha messo a nudo i limiti della 194. Lo Stato ha limitato l'aborto agli ospedali pubblici, unico esempio in Europa, ma non si preoccupa di garantirlo. I medici autorizzati sono un gruppo limitato di professionisti, che non ha alcun interesse a fare gli aborti, per cui è comprensibile che in tanti evitino un lavoro poco gratificante, sgradevole e marginalizzato. Si parla sempre dei consultori, ma gli aborti si fanno negli ospedali, non nei consultori.

È possibile trovare la RU486 in tutti gli ospedali?

Assolutamente no. Un po' per paralisi politica. Un po' per ignavia dei responsabili della sanità. E un po' perché i medici che fanno aborti, giustamente, evitano di imbarcarsi in carichi di lavoro maggiori senza le risorse e le tutele necessarie. L'aborto farmacologico comporta risparmi per il Servizio sanitario nazionale, ma anche lavoro in più e molti cambiamenti organizzativi.

Perché il limite di utilizzo della RU486 in Italia è stato fissato alla settima settimana, più basso rispetto alle indicazioni dell'Agenzia europea del farmaco?

Forse perché, con venti anni di ritardo, è quasi naturale che si inizi con i limiti di allora. L'importante è avere iniziato.

Come mai in Italia (più che negli altri due paesi presi in considerazione, Spagna e Portogallo) per l'aborto chirurgico si utilizza l'anestesia totale?

Per comodità, per abitudine, per disponibilità degli anestesisti e perché la questione dei costi non è mai presa in considerazione. All'Ospedale San Camillo di Roma, per esempio, si utilizza l'anestesia locale (che può essere praticata dal chirur-

L'aborto non chirurgico comporta risparmi per il Ssn, ma anche lavoro in più e molti cambiamenti organizzativi

go) certamente per scelta, ma anche perché la quasi totalità degli anestesisti sono obiettori. Al Sant'Anna, invece, usiamo l'anestesia generale per scelta, ma anche perché gran parte degli anestesisti non lo sono.

Molte delle donne intervistate dicono di non aver potuto scegliere tra i differenti metodi abortivi. Perché, secondo lei?

Per abitudine e per assenza di confronto scientifico. Nel contesto attuale direi che è già tanto riuscire ad abortire, se si considera che in alcune zone si aspetta anche un mese e che al Sud un quarto degli aborti è tuttora clandestino.

Che cosa manca in Italia?

Bisogna considerare l'aborto come ogni altra questione medica. Si dovrebbero concentrare gli aborti negli ospedali più grandi e garantire in quelli una percentuale di non obiettori di almeno il 50%. Come per ogni intervento medico, dove se ne fanno di più si ha più esperienza e si garantisce meglio la qualità, la ricerca e l'aggiornamento, oltre che la riservatezza. In fondo si tratta solo di offrire un servizio migliore alle nostre donne.

disfazione per la professionalità dei medici e degli infermieri e per il rispetto della privacy delle pazienti. Ma viene fuori anche che le donne italiane e straniere residenti molto spesso affrontano l'iter da sole e senza parlarne con nessuno. L'aborto è ancora un tabù o qualcosa da nascondere.

■ Una su quattro dichiara di non aver raccontato a nessuno tra parenti e amici di quello che stava per succedere e la percentuale aumenta con l'aumentare dell'età delle intervistate. Chi ne ha parlato con le persone vicine una volta su tre non è soddisfatta del supporto ricevuto quando bisogna prendere la decisione e poi nel momento dell'intervento.

■ Il 19% delle donne in Italia temeva molto di poter essere riconosciuta da qualcuno in ospedale e il 13% ha percepito una sorta di colpevolizzazione per quello che stava per fare, soprattutto da parte del personale infermieristico.

■ In Italia non è quasi mai possibile essere accompagnati da qualcuno durante l'intervento. Laddove possibile, solo una su dieci delle donne sole ha detto che avrebbe preferito essere accompagnata.

Percezione del dolore

Il 15% di chi ha risposto al questionario ritiene che l'aborto sia stato molto doloroso, molto più di quanto si aspettasse. Una don-

Chi vi ha fatto sentire in colpa? (risposta multipla)

Un'esperienza difficile anche dal punto di vista emotivo, che può diventare peggiore se l'ambiente è colpevolizzante.



na su tre ha dichiarato di aver avuto dolori addominali nelle ore successive all'intervento, il 22% anche nei giorni successivi. Qualcuna ha avuto dolori per le due settimane successive all'aborto. Contrariamente a quanto si pensa, l'aborto farmacologico sembra invece essere il più difficile da sopportare, almeno nella percezione delle pazienti. È anche quello con gli effetti collaterali maggiori: nausea, vomito e dolori addominali. E, dato che simula in tutto e per tutto un

aborto spontaneo, anche il sanguinamento è molto più forte. Otto donne su cento pensano che i medici avrebbero dovuto fare qualcosa di più per ridurre il dolore. Più o meno la stessa percentuale non si sentiva fisicamente o psicologicamente pronta ad essere dimessa.

Qualche donna ritiene di non essere stata sufficientemente informata di quel che sarebbe successo nei giorni successivi l'intervento e di non aver avuto il necessario aiuto o le risposte che cercava quando ha telefonato al medico per capire meglio cosa stava capitando. Piccoli numeri, ma queste risposte dimostrano che comunque da questo punto di vista le cose potrebbero migliorare. ❤

DALLA TUA PARTE

Serve più prevenzione

Alcuni aspetti emersi dalla nostra inchiesta mostrano un miglioramento, se confrontati con la nostra inchiesta sullo stesso argomento condotta otto anni fa. Per esempio, le donne dichiarano di avere ricevuto una buona informazione. Ma c'è molto da migliorare.

➤ In primo luogo, l'aborto può essere prevenuto, grazie a un uso corretto della contraccezione. Ben 20 donne su 100 dichiarano di non essere al primo aborto: questo dimostra che bisogna migliorare, e molto, l'azione di prevenzione in questo senso, come la legge 194 prevede.

➤ La maggior parte dichiara di avere ricevuto una buona informazione, ma nessuna ha potuto scegliere a quale intervento sottoporsi.

➤ Ancora troppo diffusa, in Italia, risulta l'anestesia totale, cui all'estero si preferisce quella locale.

➤ I limiti di tempo posti all'uso della RU486, cui si può ricorrere entro la settima settimana, mentre all'estero normalmente si usa fino alla nona, rendono molto difficile ricorrere a questa alternativa in Italia, anche per i tempi tecnici previsti tra momento in cui si richiede l'aborto e il giorno dell'intervento.

Spese: in Italia costa molto meno

Il ticket per la prestazione varia da regione a regione. In ogni caso, la spesa media in Italia è decisamente inferiore a quella di Spagna e Portogallo.



ITALIA 9 €



SPAGNA 465€



PORTOGALLO 387€

Rassegna del 08/10/2010

NAZIONE TOSCANA & LIGURIA - Sorpresa, una donna su cinque soffre di ansia da
presetazione - Mugnaini Olga

1

SONDAGGIO SU 600 DONNE TRA I 18 E 50 ANNI DI CUI IL 26% SINGLE



▶ ANSIA

Una donna su 5

ha provato l'ansia da prestazione
il 95% conosce solo quella
maschile, appena il 38% sa
che esiste anche al femminile

▶ FEDELI

61% Nell'ultimo anno
ha avuto un solo
partner

▶ I NEMICI DELLA COPPIA

65% ROUTINE

51% STRESS

48% TIMORE
DI DELUDERE
IL PARTNER

▶ INATTIVE

15% non ha una vita sessuale

11% non ha avuto nessun partner
nell'ultimo anno

FIRENZE RICERCA IN COLLABORAZIONE CON L'ATENEO. UN DISTURBO CHE SI CREDEVA SOLO MASCHILE

Sorpresa, una donna su cinque soffre di ansia da prestazione

di OLGA MUGNAINI

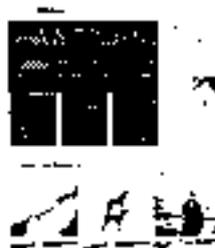
- FIRENZE -

L'EMANCIPAZIONE della donna avanzò sì, ma anche con i suoi lati negativi. Adesso arriva l'ansia da prestazione sessuale che se fino ad ora sembrava assillare solo gli uomini, pare aver contagiato un'italiana su 5. E se il 95% conosceva il problema al maschile, solo il 38% sapeva che la *defillance* poteva capitare anche al femminile. La colpa è quella corsa alla perfezione o al sentirsi sempre all'altezza della situazione che viene vissuta in ufficio, in famiglia e a seguire sotto le lenzuola.

Lo rivela un sondaggio su «Le italiane e il sesso» presentato ieri a Firenze nel corso del congresso della Federazione di Sessuologia Scientifica (Fiss) e della Società della Contraccettione (Sic), con la collaborazione dell'Università di Firenze. Dalle interviste a 600 donne tra i 18 e i 50 anni, di cui il 26% single, emerge l'ansia da prestazione che va ad aggiungersi ai numeri negativi della coppia: insieme alla routine (65%), allo stress (51%) e al timore di deludere il partner (48%), oltre a rischio sono quelle donne che soffrono di cicli mestruali abbondanti che possono causare anemia e forti sbalzi ormonali. «Spiega il professor Salvatore Caruso, presidente della Fiss e co-presidente del congresso». La pillola anticoncezionale può essere un valido aiuto, in particolare quella «bio», Klaira, specificata per risolvere questi disturbi. L'ansia da prestazione si manifesta nella donna co-

me un blocco della risposta sessuale con un meccanismo più psicologico ed interspensivo che fisico. Riesce comunque a portare a termine il rapporto, ma vivendo un senso di disagio. «La rapida crescita della pillola «bio» è un segnale positivo», aggiunge la professoressa Vincenzina Bruni, docente dell'Università di Firenze e presidente del comitato scientifico del congresso. «Dopo un anno dalla sua introduzione in Italia, ha già avuto un vero boom. E soprattutto la Toscana è la regione che meglio ha accolto la novità». «La diffidenza verso gli anticoncezionali ormonali è sbagliata», aggiunge il professor Gianfranco Scarsella dell'ospedale di Careggi, «perché i benefici sulla salute sono ampi e superano largamente i possibili rischi».

Forse anche grazie alla pillola, negli ultimi anni in Toscana è in costante calo il numero degli aborti: dagli 8819 del 2006 siamo passati ai 7610 del 2009.



MEDICINA | NEI LABORATORI DELLA SPERANZA

DI GIANNA MILANO

Si chiama At20. Non è la sigla di un volo aereo ma il nome di un nuovo vaccino terapeutico per aumentare le difese immunitarie devastate dal virus dell'aids. L'arruolamento dei pazienti per il primo studio clinico multicentrico con questo vaccino made in Italy è partito in questi giorni. Lo ha ideato Amaldo Caruso, docente di microbiologia all'Università di Brescia, e lo ha sviluppato la Medestea research & production di Torino. I dati ottenuti dalla sperimentazione (in vitro e su animali) sono stati presentati da Caruso al meeting internazionale sull'aids e il cancro dell'Istituto americano di virologia umana diretto da Robert Gallo, a Tropea, ospitato dall'Università di Calabria. È dal 2001 che Caruso affianca la biotech torinese in questo progetto. Si sta parlando di un vaccino capace di bloccare non tanto il virus, mutevole, quanto la proteina virale p17, che mette fuori gioco le cellule immunitarie, i linfociti T e i monociti, bersaglio dell'hiv.

«Dalla sperimentazione su topi e conigli abbiamo visto che il vaccino produce una risposta anticorpale immunologicamente efficace» spiega Caruso. «I primi dati sono stati pubblicati nel 2002 sui *Pnas* e successive ricerche su modelli cellulari, tutti vulnerabili all'hiv, come monociti, macrofagi e cellule dendritiche, hanno mostrato non solo la capacità della p17 di danneggiare le cellule immunitarie, ma hanno messo pure in evidenza che gli anticorpi naturalmente sviluppati durante l'infezione contro la proteina virale ne bloccano l'attività».

Capire quale fosse la porzione attiva della p17 è stato il passo successivo. La sequenza di aminoacidi, la At20, sintetizzata in laboratorio e coperta da brevetto, inoculata in animali ha generato anticorpi che bloccano l'interazione fra la proteina e il suo recettore sulle cellule, proteggendo le cellule immunitarie dall'azione della p17.

Mentre i normali vaccini sono studiati per prevenire l'infezione, e nessuno finora ha funzionato, quelli terapeutici si affiancano ai cocktail di farmaci che diminuiscono la carica virale ma non vincono la malattia.

AIDS, vaccino made in Italy

È una nuova molecola, l'At20, messa a punto da uno scienziato di Brescia e da una società di ricerca di Torino. Potrebbe potenziare le difese immunitarie dei sieropositivi. Ora partono i primi test sugli uomini. Fra un anno, i risultati.



L'americano Lo scienziato Robert Gallo, che nel 1984 individuò (insieme al francese Luc Montagnier) l'hiv, il virus dell'aids. Sostiene il vaccino italiano At20.

IN ITALIA

170-180 mila i sieropositivi

22 mila circa le persone con aids

4 mila i nuovi casi l'anno

1 su **4** non sa di essere infetto con l'hiv

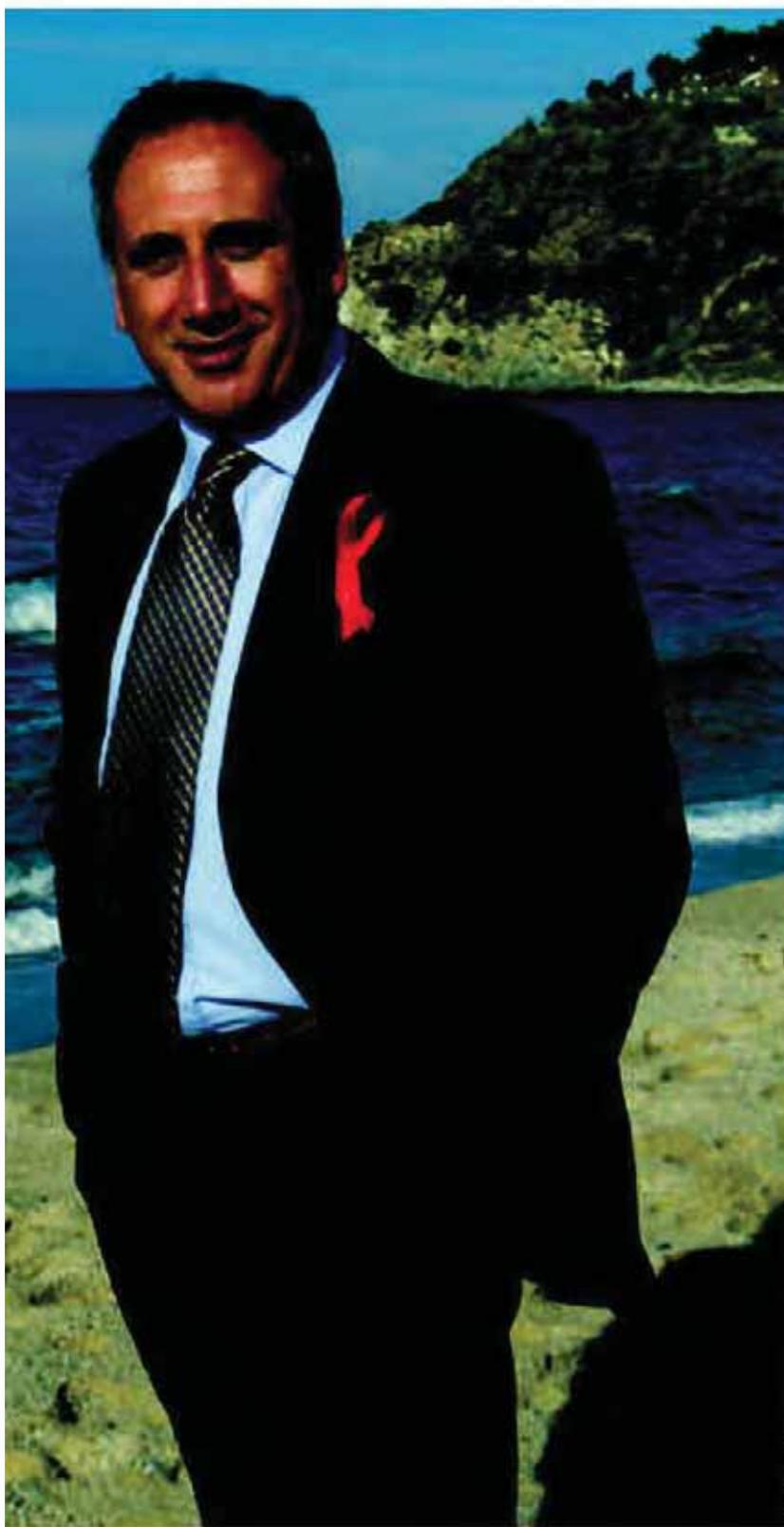
38 anni (maschi) e 34 anni (femmine) l'età media di chi scopre di essere sieropositivo

74% delle segnalazioni si riferiscono a contatti eterosessuali e omosessuali

1 diagnosi su 3 riguarda un cittadino straniero

Fonte: Centro operativo aids iss





LA STORIA

Otto anni
di ricerche

Ci sono voluti otto anni e oltre 5 milioni di euro di investimenti per mettere a punto il vaccino antihiv At20. Le ricerche sono iniziate nel 2002 nei laboratori della Medestea research (una società che si occupa di sviluppare nuovi farmaci e vaccini) e in quelli di Arnaldo Caruso, direttore scientifico del progetto e direttore della sezione di microbiologia clinica all'Università di Brescia. L'idea di partenza era creare un vaccino che bloccasse non tanto l'hiv, il virus dell'aids, troppo mutevole, bensì la proteina virale p17, in gran parte responsabile dell'infezione e poco soggetta a mutazioni. «La sintesi industriale della porzione attiva, cioè l'At20, della proteina p17 è stata un processo lungo, difficile e delicato» racconta Gianfranco Merizzi, presidente della Medestea. Nei test sugli animali il vaccino si è dimostrato sicuro, ora partirà la sperimentazione clinica sugli uomini.

L'italiano

Arnaldo Caruso, che all'Università di Brescia ha messo a punto il nuovo vaccino antiaids e ne dirige la sperimentazione.

FRANCESCO CARFÀ

MEDICINA | NEI LABORATORI DELLA SPERANZA

INTANTO, AL SAN RAFFAELE...

Bloccato dal gel

A fine luglio e ai primi di settembre molte speranze si sono accese quando Science ha pubblicato i risultati di un gel antihiv che ha quasi dimezzato l'infezione nelle donne. I dati, presentati all'ultima conferenza internazionale sull'aids a Vienna, sono stati accolti con un brusio dal pubblico. Il trial clinico Caprisa (Centre for the aids program of research in South Africa) ha coinvolto 990 africane e in chi ha usato il gel antimicrobico la possibilità di infettarsi con rapporti sessuali è stata del 39 per cento inferiore rispetto al gruppo con placebo. La strategia potrebbe rivelarsi utile per quelle donne che non riescono a mettere in atto una prevenzione, negoziando la reciproca monogamia con il partner o l'uso del condom.

Allo studio c'è anche un secondo gel che contiene anticorpi all'hiv e dà una barriera a livello locale. «Il modello animale sta dando buoni risultati, ma per avere dati più significativi dovremmo provarlo sulle scimmie, come i Rhesus, che si infettano e s'ammalano di aids» dice Lucia Lopalco, immunologa al San Raffaele di Milano, che, unica in Italia, ha ricevuto l'anno scorso dalla Bill Gates Foundation 200 mila dollari per la sua ricerca. La scienziata sta

inoltre studiando un vaccino che dovrebbe agire sempre localmente producendo anticorpi contro la porta d'ingresso del virus, la proteina Ccr5, da lei scoperta nel 2000, posti sulla membrana di linfociti e cellule epiteliali. «Tutti i vaccini che hanno voluto agire sul virus hanno fallito perché l'hiv è veloce a mutare, più di quanto il sistema immunitario produca fattori difensivi. Occorre tentare nuove strade e scostarsi dai soliti schemi».



Cellula infettata dal virus hiv (in rosso).

«Credo sia la strada giusta. Gli antiretrovirali, primo tra tutti l'Azt e poi la triterapia, hanno cambiato la storia dell'aids. I vaccini terapeutici si stanno sperimentando da tempo con risultati interessanti. Dipende da come il vaccino è dato, quanto spesso, ma soprattutto dal tipo di vaccino e dalla strategia usata» dice Gallo, di origine calabrese come Caruso, al cui fianco collabora nel progetto.

Il vantaggio di essere riusciti a mimare la porzione attiva della p17, ossia At20, è che essa si mostra immutata in vari ceppi virali, almeno 17, sia africani sia europei, e nonostante le mutazioni del virus si mantiene molto simile a se stessa, come una chiave che entra in qualsiasi serratura. «L'anticorpo generato con questo nostro passe-partout molecolare neutralizza l'attività biologica di proteine p17 molto distanti fra loro» dice Caruso. E bloccarla significa rendere le cellule non più aggredibili dal virus della proteina virale e potenziare le difese immunitarie. Un vaccino come questo potrebbe essere utilizzato anche nei paesi che ora fanno fatica ad avere accesso alle terapie, perché tra l'altro non costerebbe molto.

Cos'è esattamente la p17? È una proteina di matrice, ossia sta nello spazio interno del virus tra involucro e nucleo. È fondamentale nella sua replicazione, trasportandone il codice genetico nel nucleo della cellula, e prendendo parte attiva alla produzione di nuove particelle virali. «Il virus io l'immagino come un serpente che cambia pelle e colore, il nostro vaccino non è contro di lui, ma vuole neutralizzarne il veleno: la proteina che attacca il sistema immunitario pare responsabile anche di linfomi e tumori» afferma Gianfranco Merizzi, presidente della Medesteia.

L'At20 è ora in fase uno su pazienti sieropositivi per valutarne l'innocuità e vedere quanti anticorpi produce a diverse dosi. L'obiettivo è reclutare 36 persone. Seguirà la fase due per stabilirne l'efficacia. I candidati ideali? I pazienti con terapia antiretrovirale che hanno bisogno di rafforzare le difese immunitarie, ma anche gli asintomatici. «Uno studio che presto pubblicheremo di-

mostra che individui con una bassa carica virale, mai trattati con farmaci, hanno già difese immunitarie. Cioè non sono affatto dei portatori sani» aggiunge Caruso.

Secondo i ricercatori, il vaccino terapeutico somministrato in fase iniziale ai sieropositivi che non hanno ancora manifestato sintomi eviterà che il virus si replichi indisturbato, sviluppando nel frattempo resistenze. «Per eseguire una prova di funzione del vaccino avremo bisogno di fare un'interruzione programmata della terapia, è previsto dal comitato etico» continua Caruso. «Normalmente, se interrompo la terapia con i farmaci in un paziente non vaccinato, la carica virale sale; ma se vaccinando ciò non avviene e il virus non riemerge, o lo fa dopo un lasso notevole di tempo, vuol dire che il vaccino funziona. Dopo di che si rimette in cura il paziente. Un protocollo di interruzione, adattabile a ogni malato, a seconda della risposta immunitaria al vaccino».

In un futuro, non tanto lontano, c'è l'idea di una terapia combinata: abbinare il vaccino terapeutico agli anticorpi monoclonali anti p17, che la Medesteia ha coperto con brevetto ed è pronta a produrre in Gmp, ossia le Good manufacturing practices, condizioni di buona pratica previste per questi farmaci. «Ci sono persone refrattarie al vaccino, altre che non rispondono ai farmaci. Oppure la qualità e la quantità dei loro anticorpi non neutralizza la p17» avverte Caruso. In questi casi, considerato che si ritiene che la p17 abbia un ruolo chiave, l'ipotesi, ancora da verificare, è che somministrando per via passiva, ossia iniettandoli nel sangue, anticorpi che neutralizzano la p17 si possa fare riprendere la funzionalità del sistema immunitario. «Una volta che gli anticorpi hanno bloccato la proteina e fornito un graduale ripristino delle difese dell'organismo, in aggiunta a quello ottenuto con i farmaci antiretrovirali, si somministrerà anche il vaccino terapeutico con la speranza che il paziente possa produrre finalmente i suoi anticorpi» conclude Caruso, che non nasconde ottimismo per questa strategia. ■

DOVE In questi tre centri italiani si recluteranno 36 volontari sieropositivi sui quali testare il nuovo vaccino contro l'aids. La sperimentazione durerà 12 mesi.

Ospedale Amedeo di Savona. Torino 0114393980 (prof.ssa Di Perri, prof. Stefano Bonora)

Clinica malattie infettive azienda ospedaliera. Perugia 075783262 (prof.ssa Daniela Francisci, dott. Claudio Sfara e dott. Andrea Tosti)

Ospedale maggiore policlinico Mangiagalli e Regina Elena. Milano 0255035308/55035290 (prof. Alessandro Gringeri, dott.ssa Muca Perja Myrvete)

Inchiesta italiana

Quando l'ospedale
ci fa ammalareALBERTO CUSTODERO
ALLE PAGINE 28 E 29

Inchiesta italiana

Sporcizia e batteri killer
così entrare in ospedale
è diventato un pericolo
Ogni anno 700mila infettati e 15mila morti sospette

ALBERTO CUSTODERO

ROMA — Bari, 4 ottobre. Antonella Mansueto aveva solo 22 anni e nell'ospedale di Putignano ci era entrata per un intervento banale, l'asportazione di una cisti. Ne è uscita incubando nel suo organismo un killer invisibile, un batterio contratto in corsia, che, dopo molti mesi di cure sbagliate e 46 giorni esatti di agonia, l'ha uccisa fra mille tormenti. Alcuni dei medici che l'hanno visitata erano addirittura convinti che avesse l'influenza. Adesso la procura di Bari indaga, i genitori chiedono giustizia. Catania, 6 ottobre. La procura apre un'inchiesta per fare luce sulla morte di Carmelo Finocchiaro, 33 anni, camionista originario di Taormina, deceduto dieci giorni prima all'ospedale Cannizzaro in seguito ad uno shock settico. Diciassette medici di due ospedali, quello di Catania e quello di Castrovillari in provincia di Cosenza, sono indagati per omicidio colposo. Anche quello di Carmelo è stato una sorta di calvario: primo ricovero in agosto dopo un incidente stradale, un principio di cancrena, secondo ricovero, amputazione del braccio, coma. La madre: «Affido il mio cuore ai giudici». Bologna, 2 ottobre, Loredana Mainetti, 59 anni, muore all'ospedale Maggiore per una setticemia contratta dopo un'endoscopia per l'asportazione di un polipo duodenale: 12 medici indagati. Tre casi isolati, sia pure a distanza così ravvicinata? Non proprio. Le vittime di un'infezione ospedaliera, secondo i

dati dell'Associazione italiana dei microbiologi, l'Ameli, che saranno resi noti al congresso nazionale di Rimini del 20 ottobre — sono in Italia ogni anno circa 15 mila: malati uccisi dai cosiddetti «microbi nosocomiali». E su 9 milioni e mezzo di ricoverati all'anno negli ospedali pubblici e nelle cliniche private della Penisola, ben 700 mila si infettano proprio durante la permanenza nella struttura sanitaria. Quali sono gli ospedali a più alto tasso di endemie batteriche? Perché i pazienti vengono esposti a questi rischi senza che nessuno li avvisi? Chi dovrebbe controllare e non controlla? Quanto costa al Servizio sanitario nazionale la tragedia delle infezioni?

126 MORTI DELL'AURELIA HOSPITAL

Non sempre i casi più eclatanti diventano di dominio pubblico. Un'inchiesta ancora segreta della Commissione parlamentare sugli errori sanitari chiama in causa un ospedale privato romano, l'Aurelia Hospital di proprietà del Gruppo Garofalo, che opera in regime di convenzione con la Regione Lazio. In questa struttura in soli nove mesi (dal gennaio al settembre 2009), si sono verificati 80 casi di infezioni ospedaliere provocate dall'*acinetobacter baumannii*, un batterio che si diffonde in ambienti dove c'è scarsa igiene e pulizia e resiste a moltissimi antibiotici. Di questi 80 pazienti, 26 sono morti. Come è potuto accade-



re? Certo, al momento non è chiaro in che misura l'infezione abbia influito sulle cause dei decessi. Il presidente della Commissione d'inchiesta, Leoluca Orlando, ha inviato una lettera urgente al presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, chiedendo una relazione. Melania Rizzoli, medico e capogruppo pdl della Commissione, giudica sospetto che «in un periodo così breve si siano verificati 26 decessi in presenza del pericoloso batterio. Bastano pochi casi per chiudere i reparti». Franco Turani, primario della Rianimazione, s'è giustificato così: «Si trattava di pazienti con insufficienza multiorgano di tali gravità per cui la causa del decesso è ampiamente ascrivibile

alle suddette criticità». A smentirlo, la vedova di uno di quei morti, Anna G., che, assistita dall'avvocato Katia Verlingieri di Benevento, ha avviato una causa civile. «Mio marito aveva 40 anni — racconta Anna G. — è entrato all'Aurelia per un problema cardiaco. Gli hanno praticato alcuni stent coronarici, poi ha avuto delle complicazioni e lo hanno ricoverato in rianimazione. Quando è morto non mi hanno dato spiegazioni. Solo leggendo la cartella clinica, ho appreso che mio marito aveva contratto in ospedale due batteri, l'acinetobacter e lo stafilococco».

Non tutti quei 26 pazienti, del resto, erano ricoverati in rianimazione. Almeno un terzo di loro era distribuito in altri reparti, dunque non a rischio immediato, e alcuni persino in riabilitazione. L'indagine ha dimostrato uno stretto rapporto fra l'alto numero di infezioni e le precarie condizioni igienico strutturali dell'Aurelia Hospital. Un sopralluogo del Dipartimento di prevenzione (Sisp, Spre-sal e Area Governo della Rete) diretto dal professor Daniele Gamberale ha dato l'allarme sulle precarie condizioni igieniche generali. «Tutta la struttura dell'Aurelia — si legge — si presenta in carente stato manutentivo e, per gli spazi comuni esterni alle aree di degenza, in cattivo stato di pulizia». Critiche e osservazioni anche su molti altri reparti, pronto soccorso compreso. In seguito ai risultati di questa ispezione, il responsabile della Direzione delle Politiche di prevenzione della Regione Lazio, dottor Salvatore Calabretta, ha inoltrato alla presidenza della Regione Lazio una proposta di diffida «al fine di ottenere l'attuazione di interventi manutentivi ordinari e straordinari volti al ripristino delle idonee condizioni igienico-sanitarie necessarie per tutti i locali dei reparti (particolarmente urgenti per i servizi igienici annessi alle stanze di degenza), negli spogliatoi, nel Dea-pronto soccorso, nel blocco operatorio del secondo piano, nella camera mortuaria, negli spazi esterni».

NIENTE CONTROLLI DA NORD A SUD

Il caso dell'Aurelia Hospital, pur eclatante, non è isolato. Le infezioni colpiscono tutti gli ospedali senza risparmiare neppure i punti di eccellenza con una media nazionale dell'8,7 per cento (contro 7,7 della media euro-

pea), e oscillazioni che variano dal 5% al Nord al 17% al Sud. Va detto che nel Mondo i tassi di infezione più elevati si registrano nei Paesi del Medio Oriente (11,8%), e nel Sud Est Asiatico (10%), con un tasso lievemente inferiore negli ospedali della Costa Occidentale del Pacifico. Ed è proprio dall'estero, in particolare da India, Pakistan e Regno Unito che, secondo la rivista Lancet, stanno arrivando gli ultimi superbatteri killer resistenti a ogni tipo di antibiotico. «Ma ceppi simili a questi, come le Klebsiella pneumoniae multiresistenti — ammonisce la professoressa Maria Paola Landini, docente di microbiologia a Bologna — noi li abbiamo già in casa da almeno un anno e nessuno ha mai detto nulla. Il primo di questi superbatteri è stato isolato nel silenzio generale all'Ospedale Careggi di Firenze alla fine del 2008». Ed è allarme al Policlinico Sant'Orsola di Bologna dove, nei primi sei mesi del 2010, s'è registrato un aumento di questi batteri antibioticoresistenti: l'11,4% dei ceppi di Klebsiella pneumoniae isolati si sono rivelati multiresistenti, stessa cosa per il 58% degli Acinetobacter baumannii.

In Piemonte, nel centro di trapianti delle Molinette di Torino, fra il 1997 e il 2002 ci furono due epidemie; una di legionellosi diffusa da impianti idraulici sporchi, l'altra di aspergilloso per contaminazione dalle polveri dei cantieri. La prima provocò sette morti, la seconda nove. Qui, alle Molinette, Giovannella Tramoni, 48 anni, operata due anni fa di tumore al seno, ha dovuto affrontare un calvario non ancora terminato di una decina di operazioni per rimediare ai danni di una devastante infezione alle protesi.

Ma hanno diritto i pazienti di sapere qual è il tasso di infezioni all'interno degli ospedali pubblici e privati in modo da poter scegliere quelli che meglio rispettano i protocolli igienico-sanitari? E sono obbligate le direzioni sanitarie a denunciare alle procure e alle Regioni le percentuali delle endemie batteriche oppure quei dati possono tenerli nascosti?

In Emilia Romagna, a Modena, all'Hesperia Hospital, centro cardiocirurgico privato accreditato, tre pazienti — una donna di 78 anni e due uomini di 51 e 83 — sono morti tra febbraio e marzo per un'infezione di stafilococco diffusasi nel cuore durante l'intervento di sostituzione di una valvola. Due di loro erano stati operati lo stesso giorno, nello stesso blocco operatorio, e hanno contratto lo stesso tipo di batterio. A maggio al Policlinico Umberto

I di Roma è tornato l'incubo epidemia (12 anni fa la legionella acccò 4 anziani operati di cataratta, 11 anni fa 15

neonati furono colpiti da enterite, 9 anni fa 4 puerpere contrassero la polmonite). A morire, questa volta, una donna ricoverata in neurochirurgia contagiata dal micidiale acinetobacter. Il 17 maggio di quest'anno un'altra donna operata al Policlinico Umberto I e ricoverata dopo nella rianimazione della Fondazione Santa Lucia di Roma, è deceduta sempre a causa dall'acinetobacter. Man mano che si scende più a Sud la situazione peggiora. E le condizioni igieniche precarie nelle quali si trovano alcuni ospedali come il Cardarelli di Napoli, il Civico di Palermo e l'ospedale di Vibo Valentia sono fra le cause dei picchi dei tassi di infezioni che in Meridione sfiorano il 17%. A Cosenza un poliziotto in pensione, dopo un intervento chirurgico all'intestino, s'è infettato ed è morto fra atroci sofferenze: il figlio, Michelangelo Russo, ha fatto causa ai medici. Un anno fa a Napoli s'è verificata un'epidemia di legionella all'ospedale Monaldi che ha ucciso due persone e ne ha infettate altre dieci. A gennaio due neonati sono morti uccisi da una setticemia negli ospedali Riuniti di Foggia, nel reparto di Terapia intensiva neonatale.

Secondo il Comitato di studio per le infezioni ospedaliere dell'Associazione microbiologi, le infezioni si sviluppano maggiormente nell'apparato urinario (26%), in quello respiratorio (le polmoniti sono il 25%), quindici sono le infezioni del sangue (18%) e della ferita chirurgica (16%).

Particolarmente a rischio sono tutti quei pazienti ricoverati presso le unità di terapia intensiva (si arriva anche al 30% di casi), o nelle riabilitazioni, nelle oncologie ed ematologie, nelle geriatrie e in tutti quei reparti che ospitano malati immunodepressi.

Chi dovrebbe effettuare regolarmente i controlli sulle strutture? Le leggi ci sono. Ma non sempre si applicano per prevenire le infezioni ospedaliere. Lo sostiene il procuratore aggiunto di Torino, Raffaele Guariniello. «Nel nostro Paese — spiega il magistrato — abbiamo una legislazione che riguarda la tutela del lavoratore in qualsiasi ambiente, anche negli ospedali. Questo è un principio generale per cui queste leggi si applicano anche a tutela dei pazienti ri-

coverati. Da un punto di vista giudiziario, la tutela contro la patologia infettiva è una efficace risposta da parte del nostro ordinamento». «Queste sono le leggi — aggiunge Guariniello — però, come sempre capita, non basta che le norme siano scritte sulla carta, bisogna applicarle e farle applicare: ed è proprio qui che incominciano i problemi. Mi sembra più ragionevole impostare un discorso che coinvolga tutte le varie istituzioni: gli organi della pubblica amministrazione, l'autorità giudiziaria. Ma bisogna sviluppare una cultura perché non tutti si rendono conto che un'infezione ospedaliere può essere un reato».

DUE MILIARDI ALL'ANNO

Ma quanto costa al servizio sanitario nazionale il dramma delle infezioni? Le infezioni ospedaliere comportano 3 milioni e 730 mila giorni di degenza aggiuntivi all'anno con un conseguente costo addizionale di circa 1.865 milioni di euro. Certo, il problema non è solo italiano. Ma qui, come abbiamo detto, il numero di infezioni contratte in ospedale è molto più alto. Secondo l'Oms, il tasso di contagio batterico nosocomiale rappresenta un importante e sensibile indicatore della qualità dell'assistenza prestata, in quanto ai tradizionali rischi legati a problemi di igiene ambientale si associano quelli derivanti da comportamenti, pratiche professionali e assetti organizzativi inadeguati. A questo proposito, dal 2000 il ministero della Salute, nel piano sanitario nazionale, pone tra gli obiettivi principali da perseguire la riduzione di almeno il 25 per cento delle forme infettive contratte in nosocomio. Nel piano del 2002-04 le infezioni erano già inserite tra gli errori in medicina e si prevedeva l'istituzione del Cio (Comitato infezioni ospedaliere), in tutti gli ospedali italiani. L'ultimo piano sanitario del 2008-10, quello del governo Berlusconi, ministro Ferruccio Fazio, impone protocolli per l'uso appropriato della terapia antibiotica, responsabile, quando mal prescritta, dell'insorgere dei super batteri antibioticoresistenti. E prevede una campagna igienica per la riduzione delle infezioni: «lavorarsi di più le mani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

700mila **INFETTATI**
È il numero dei ricoverati che si infettano in corsia ogni anno

15mila **VITTIME**
Sono le persone che ogni anno vengono uccise dalle infezioni

4% **AL RICOVERO**
Percentuale di pazienti positivi a un'infezione nel giorno del ricovero

14% **ALLE DIMISSIONI**
Pazienti positivi a un'infezione al momento delle dimissioni

80 **AURELIA HOSPITAL**
I casi di infezione all'Aurelia Hospital in soli nove mesi: 26 i morti

8,7% **MEDIA NAZIONALE**
È la media nazionale delle infezioni. La media europea è 7,7%

1,8 milioni di euro **COSTI**
È il costo annuo causato dalle infezioni nelle strutture sanitarie

3,7 milioni **DEGENZE**
Sono i giorni aggiuntivi di degenza causati dalle infezioni

Strutture ad alto rischio

Quali sono gli ospedali a più alto tasso di endemie batteriche? Perché i pazienti vengono esposti a rischi senza essere avvisati?

L'Italia e l'Europa a confronto

Ma le epidemie colpiscono in eguale misura da Sud a Nord? E l'Italia è un'eccezione in Europa oppure siamo nella media?

Chi controlla chi

Ma chi effettua i controlli? Le direzioni sanitarie sono obbligate a denunciare a procure e Regioni le percentuali delle endemie?

Il caso dell'Aurelia Hospital

Nella clinica romana da gennaio a settembre 2009 si sono verificati 80 casi di infezioni: 26 i decessi

I rischi, al Sud è peggio

Nelle strutture del Sud la media dei contagi è del 17% il tasso nazionale è dell'8,7%, quello europeo del 7,7%

I costi a carico dello Stato

Le epidemie costano al servizio sanitario 2 miliardi all'anno e in termini di degenza 3 milioni e 730 mila giorni



GIORDANIA

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità il Medio Oriente (Libano, Giordania, Siria), è la zona del Mondo con il più alto tasso di infezioni ospedaliere, l'11,8%



CINA E SUD EST ASIATICO

Nell'area del Sud Est asiatico, compresa fra il sud della Cina e il nord dell'Australia, le infezioni contratte nelle corsie ospedaliere arrivano fino ad un tasso del 10 per cento



GIAPPONE

I paesi della Costa Occidentale del Pacifico come il Giappone hanno anche loro tassi molto elevati di endemie batteriche nosocomiali, con percentuali attorno al 9%



REGNO UNITO

I tassi di infezione ospedaliere, ma solo quelle che si sviluppano nelle terapie intensive, in Inghilterra arrivano anche al 44%, in Francia al 40% e in Spagna al 39%

L'esperto

“Al ricovero contagiato il 4% dei pazienti ma alle dimissioni i colpiti sono il 14%”

**IL CODICE**

Il Qr code sul cellulare per vedere le immagini correlate all'inchiesta sulle infezioni contratte negli ospedali

ROMA — «Il costo delle "infezioni correlate all'assistenza ospedaliera", così le chiamano in Europa, è enorme e incide sui bilanci delle aziende sanitarie per i giorni di degenza aggiuntivi, per i costi delle terapie, per le ingenti spese legali in caso di richieste di risarcimenti danni. Senza contare le sofferenze dei malati e dei loro familiari». Fabrizio Pregliasco, infettivologo all'Università di Milano e membro del Sistema di sorveglianza europea delle infezioni respiratorie (Eiss), traccia il trend tutto in salita delle patologie provocate da germi antibioticoresistenti. «Gli ultimi dati — dice — confermano un preoccupante aumento della frequenza relativa delle infezioni più gravi, come polmoniti, infezioni del sangue, che più incidono sull'esito delle cure in termini sia letali, che di durata di degenza, e quindi anche di costi a carico del Ssn». «Non a caso — aggiunge — oggi in Europa queste patologie sono al primo posto nei protocolli internazionali della gestione del rischio clinico. Basta sbagliare o saltare una procedura di pulizia come lavarsi le mani in modo appropriato per trasmettere a un paziente un batterio che può ucciderlo. Purtroppo la disposizione ministeriale di istituire i Comitati infezioni ospedaliere è spesso presa sottogamba. A oggi solo il 50 per cento delle aziende sanitarie l'ha costituito, ma nessuno li controlla». Un esempio per tutti che prova quanto siano "infette" le corsie: uno studio svolto nell'ospedale di Legnano ha dimostrato che il 4 per cento dei pazienti, nel giorno del ricovero, è positivo a un'infezione che evidentemente porta con sé da casa. Ma al giorno delle dimissioni i pazienti contagiati salgono al 14 per cento. Ciò significa che disseminano sul territorio una serie di germi multiresistenti il cui contagio è avvenuto in ospedale.

La paziente ha un tumore maligno L'ospedale si dimentica di dirglielo

Reggio Emilia, odissea di una donna che combatte contro una terribile malattia

di **SABRINA PIGNEDOLI**

— REGGIO EMILIA —

HA PAURA di avere un tumore, fa gli esami, ma l'ospedale si scorda di farle avere gli esiti. Così per tre mesi, una donna di 58 anni, residente in provincia di Reggio Emilia, ha ignorato di essere affetta da un tumore maligno.

Il ritardo — per cui i responsabili dell'arcispedale Santa Maria Nuova hanno chiesto scusa alla paziente — secondo una perizia legale, non avrebbe avuto per fortuna conseguenze sulla malattia. «Rimane il fatto che se non fossi andata a chiedere notizie di persona — sottolinea la donna — gli esiti di quegli esami non mi sarebbero mai arrivati».

La vicenda risale al 15 maggio del 2008. «Sono andata al Day Hospital del reparto di Ematologia per accertamenti», spiega la 58enne. «Il medico mi ha detto che sarei stata contattata per avere l'esito». La donna aspetta senza avere alcuna informazione. «Non chiamavo per paura di disturbare. Poi credevo si trattasse di un segnale positivo — dice — se non mi contattavano voleva dire che non c'era niente di grave». Ma dopo tre mesi la donna si sveglia con un rigonfiamento all'altezza del collo.

«Sono andata dal mio medico curante che mi ha consigliato di fare altri accertamenti. Gli ho spiegato che li avevo già fatti, ma non mi avevano comunicato gli esiti», continua la paziente. «Lui allora mi ha suggerito di andare dallo specialista che mi aveva visitato per chiedere spiegazioni».

LA DONNA segue il consiglio del medico e scopre la sconcertante verità. «La segretaria di reparto mi ha detto che il medico non aveva visto gli esiti degli esami perché la mia pratica era stata erroneamente archiviata», spiega la 58enne. «Sono rimasta sbalordita, in quel momento mi sono sentita un numero insignificante. Senza contare il trauma di sapere in quel modo che ero affetta da un tumore».

A quel punto i medici si sarebbero scusati con la donna e l'avrebbero immediatamente sottoposta a cure chemioterapiche.

«Sono entrata in un vortice che mi ha tolto le forze per tanto tempo — continua la donna — Ma di quella mancata comunicazione non me ne sono mai dimenticata. Cosa sarebbe successo se il tumore non mi avesse dato alcun sintomo?». La donna, non appena le sue condizioni di salute gliel'hanno consentito, nel maggio di quest'anno si è rivolta a un avvocato per stendere una lettera e far presente all'ospedale quello che le era successo due anni prima. «Non voglio risarcimenti, perché quella dimenticanza per fortuna non ha aggravato la mia malattia. Desidero solo che situazioni analoghe non si verifichino più».

DOPO DIECI giorni dalla lettera, la direzione dell'ospedale ha risposto ammettendo l'errore («effettivamente il referto istologico su linfonodo del maggio 2008 per un disguido, del quale non è stato possibile individuare con certezza la causa, venne erroneamente archiviato») ed esprimendo «il rammarico di tutta la struttura».

La protesta della signora avrebbe dato i suoi risultati positivi perché, dopo l'errore, l'ospedale fa sapere di aver adottato una nuova procedura di comunicazione degli esiti. «La rilevazione del disguido — spiega il Santa Maria in una nota — ha consentito di modificare la procedura clinico-assistenziale che, da qualche tempo, è monitorata da un sistema informativo volto a mettere in evidenza gli accertamenti in attesa di riscontro e, di fatto, ha eliminato la possibilità di errori».

LA DECISIONE

«Non denuncio nessuno, ma non deve mai più succedere un fatto simile»



Denunciato per lesioni gravi ed esercizio abusivo della professione

Paziente in coma il medico era falso

ROMINA MARCECA

ERA un osteopata. Ma solo sulla targa che aveva affisso davanti al suo studio, in una villa di San Nicola L'Arena. Vittorio Di Maio, 63 anni, in realtà è un rappresentante di abbigliamento che è stato denunciato per lesioni gravissime ed esercizio abusivo della professione. Un uomo di 73 anni, dopo le sue cure, è entrato in coma ed è stato ricoverato d'urgenza al Civico.

A PAGINA X

Il raggio del falso specialista manda in coma un paziente *Commerciante, si spacciava per osteopata: denunciato*

ERA un osteopata. Ma solo sulla targa che aveva affisso davanti al suo studio, in una villa di San Nicola L'Arena. Vittorio Di Maio, 63 anni, in realtà è un rappresentante di abbigliamento che, adesso, è denunciato per lesioni gravissime ed esercizio abusivo della professione. Un uomo di 73 anni, dopo le sue cure, è entrato in coma ed è stato ricoverato nel reparto di Neuroanimazione dell'ospedale Civico. Il paziente, che è poliometico, era ricorso a Di Maio su raccomandazione di una parente.

INas, coordinati dal capitano Francesco Geraci, sono arrivati allo studio del medico abusivo durante un servizio di controllo. A San Nicola L'Arena hanno scoperto un'altra villa di Di Maio adibita ad ambulatorio, con apparecchiature mediche del va-

In una villa di San Nicola aveva attrezzature sanitarie per 500 mila euro

lore di 500 mila euro. Durante le indagini, di concerto con il sostituto procuratore di Termini Imerese Giacomo Urbano, è arrivato il sequestro della villa e delle apparecchiature. Il falso medico rischia anche l'arresto se gli accertamenti in corso di Nas e Procura dovessero riscontrare un nesso tra le gravi condizioni del paziente e le cure.

Durante l'operazione dei Nas, che risale a qualche giorno fa, i carabinieri hanno anche scoperto che un paziente di Di Maio, G. D. B., il 4 maggio era stato ricoverato in gravissime condizioni all'ospedale Civico. I parenti dell'anziano hanno poi spiegato ai medici che da qualche tempo il familiare era in cura da un noto osteopata di San Nicola L'Arena. Il giorno in cui l'uomo è finito in coma era stato sottoposto ad alcune manipolazioni con l'utilizzo di un macchinario. La denuncia è arrivata anche ai Nas che hanno scoper-

to l'inesistenza dei requisiti per l'esercizio della professione di osteopata. Per diventare osteopata bisogna affrontare un percorso formativo attraverso scuole di formazione privata la cui durata è di sei anni. «Per non cadere nelle mani di impostori — spiega il capitano Francesco Geraci — basta rivolgersi al medico curante e farsi indicare da lui uno specialista».

Negli ultimi mesi i carabinieri del Nas hanno iniziato un duro contrasto ai camici abusivi. Nell'ultima settimana sono stati altri due gli odontotecnici denunciati per avere esercitato la professione di odontoiatra.



Al San Camillo di Roma

**Cesareo, bimbo muore
«Il personale è ridotto»**

ROMA — La lotteria del cesareo si gioca, ormai, anche negli ospedali delle grandi città. Dopo Messina e Bergamo, tocca a Roma, dove mercoledì, al San Camillo, l'attesa di una paziente a rischio si è conclusa con il decesso del neonato, nato in arresto cardiaco 7 ore dopo il ricovero della partoriente. La procura ha aperto un fascicolo, un ginecologo è indagato e la cartella clinica è stata posta sotto sequestro. La gravidanza della donna, M.G.P., ricoverata verso le 8,30 e sottoposta a



monitoraggio, era apparsa subito delicata ma al reparto non si è intervenuti subito come sarebbe stato necessario, quando il tracciato, alle 11,45 è apparso «non rassicurante». Invece, nel reparto sotto pressione per la carenza di personale - dalla direzione sanitaria anticipano

l'intenzione di chiedere alla Regione ulteriori risorse per far fronte ai circa 4mila parti l'anno - sono trascorse ore. E solo «a seguito di ulteriore valutazione, è stata posta indicazione ad intervento cesareo, che è stato effettuato alle ore 15,05». Troppo tardi: il feto era già in arresto cardiaco «ed ogni tentativo di rianimazione è stato inutile».

Il. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

San Camillo, bimbo muore durante parto: inchiesta in Procura

La Procura di Roma ha aperto un fascicolo, al momento contro ignoti, in seguito alla morte di un bambino avvenuta dopo un parto cesareo all'ospedale San Camillo. In base a quanto riferiscono fonti ospedaliere il corpo del piccolo è stato posto sotto sequestro e non si esclude che possa essere sottoposto ad autopsia.

«Questa mattina intorno alle 8,30 - ha fatto sapere con una nota il direttore sanitario del nosocomio, Diamante Pacchiarini - è arrivata presso il Pronto soccorso ostetrico la paziente M.G.P. di 31 anni, per una gravidanza al termine che non presentava segni di patologia acuta in atto. La donna, infatti, era stata inviata dal suo ginecologo per l'espiazione del parto».



L'entrata del San Camillo

Il direttore sanitario dell'ospedale prosegue affermando che la donna «è stata sottoposta a monitoraggio tococardiografico che non ha evidenziato elementi di emergenza-urgenza. A seguito di ulteriore valutazione - prosegue la nota - è stata posta indicazione ad intervento cesareo che è stato effettuato alle 15.05».

Il dirigente spiega che «purtroppo all'esito dell'intervento il feto era in arresto cardiaco ed ogni tentativo di rianimazione è stato inutile. La documentazione clinica e la salma sono a disposizione dell'autorità giudiziaria per gli accertamenti medico-legali del caso».

D'ufficio, da parte dei familiari, un dispetto interno: fonti del nosocomio dicono di non sapere da chi sia partita la denuncia. Sanno che la polizia ha chiesto di acquisire la cartella clinica, avviato l'istruttoria.

Risale a pochi mesi fa, era fine agosto, la morte per problemi respiratori di un bimbo nato al Policlinico Casilino due giorni prima. A maggio morì una donna di parto: dalla clinica Villa Pia fu trasferita al San Camillo quando ormai non c'era più nulla da fare. Diede alla luce due bambini, due medici della clinica sono stati indagati, gli ispettori del ministero della Salute riscontrarono "terapie errate e struttura inadeguata".



— | SANITA' | —
**Brunetta: «I medici
 sono assatanati
 di soldi». E' scontro,
 Fazio li difende**

SANTA MARGHERITA DI PULA - Stop ad ogni collaborazione: «non si tratta con chi insulta». Le parole di Brunetta sui «medici assatanati di soldi» comparsi sul video visibile su Youtube fanno levare gli scudi della categoria che già in passato aveva avuto scontri verbali con il ministro. L'Ordine dei medici ha deciso di interrompere ogni collaborazione con il ministro. «Parleremo - ha spiegato il presidente Amedeo Bianco accompagnato dalle maggiori sigle sindacali - solo con il **ministro della Salute**».

Ma quest'ultimo butta acqua sul fuoco, chiede di abbassare i toni della polemica e oltre a confermare la sua stima per i colleghi chiede di andare avanti nella riforma che porterà tutta l'informatizzazione dei certificati di malattia. Il 20 settembre del 2008 già Brunetta colpì la sensibilità della categoria e da Cortina d'Am-

pezzo disse: «Sappiamo che negli ospedali i macellai non sono pochi». Le parole di Brunetta, secondo l'Ordine dei medici, «hanno spezzato un rapporto di fiducia e di reciproca affidabilità che impediscono di proseguire una costruttiva collaborazione». Nessuna azione legale contro le affermazioni del ministro ma un compatto ritiro. I medici sottolineano una «irresponsabile mancanza di fiducia e di rispetto verso l'intera categoria professionale che anche in questa materia si è invece resa disponibile ad un processo di innovazione serio ed efficace di trasmissione online di certificazione di malattia per rendere un servizio serio ed efficace».

«Ho una profonda convinzione che i medici lavorino non per denaro ma per missione, con senso del dovere e responsabilità» ha rassicurato il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio** giunto al convegno dove si era decisa la rottura con Brunetta. «Penso sia necessario abbassare i toni e molte frasi vanno interpretate, conosco Brunetta e sono convinto che non creda questo. È interesse di tutti non fermarsi per una frase».



La polemica

È rottura tra i medici e Brunetta e Fazio si schiera con i sanitari

ROMA — Le parole di Brunetta («medici assatanati di soldi» comparse su you tube) provocano la levata di scudi della categoria. L'Ordine dei medici ha deciso di interrompere ogni collaborazione con lui, mentre il ministro della Salute, Ferruccio Fazio invita ad abbassare i toni della polemica. E, oltre a confermare la sua stima per i colleghi, chiede di andare avanti nella riforma che porterà tutta l'informatizzazione dei certificati di malattia.



Brunetta

«I medici?
Assatanati
di soldi»

SANTA MARGHERITA DI PULA (Cagliari) — «Non si tratta con chi insulta». Le parole di Renato Brunetta sui «medici assatanati di soldi» arrivano su YouTube e fanno infuriare la categoria che già in passato aveva avuto scontri verbali con il ministro della Funzione pubblica. L'Ordine dei medici ora ha deciso di interrompere ogni collaborazione con il ministro. «Parleremo — ha spiegato il presidente Amedeo Bianco accompagnato dalle maggiori sigle sindacali — solo con il ministro della Salute, Ferruccio Fazio». Che conferma la sua stima per i colleghi e chiede di andare avanti nella riforma che porterà tutta l'informatizzazione dei certificati di malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Al San Raffaele di Milano

La nuova macchina che «vede» il cuore e il rischio di infarto

MILANO — Un «cervello» che rientra. Una sofisticata Pet-Tac che consente di «vedere» il circolo sanguigno del cuore in modo non invasivo. Un Centro per le malattie primitive del miocardio innovativo, unico in Italia, con un'équipe plurispecialistica senza pari. Sede: il San Raffaele di Milano. Don Luigi Verzè ha visto cosa stava facendo Paolo Camici, allievo di Attilio Maseri, in Inghilterra e gli ha offerto, per rientrare, ciò che nemmeno all'estero aveva. E il «cervello» Camici è rientrato. Lunga e brillante carriera nel Regno Unito, specialista in malattie cardiovascolari, pioniere delle tecniche di imaging non invasivo con la Pet. Il suo campo d'azione sono le arterie del cuore, le coronarie, che portano il sangue ossigenato a tutte le cellule della pompa muscolare. Se si chiudono, e il sangue non arriva, c'è l'ischemia, l'infarto. Le coronarie più grandi, quelle visibili e raggiungibili con i cateteri, sono però

solo la punta dell'iceberg: il vero circolo di ossigenazione è costituito da numerosi capillari, invisibili, che irrorano ovunque il muscolo. A volte le coronarie principali sono sane, ma l'ischemia c'è lo stesso. La causa è proprio nel microcircolo. Camici e

Il ritorno

Un centro unico diretto da Camici, rientrato in Italia dal Regno Unito

la sua équipe lo «vede», lo valuta e, se possibile, lo cura. È in grado di fare un tagliando completo al motore cuore. Un motore che va da mille giri, nella norma, a 5.000 sotto sforzo. Se però da mille arriva al massimo a 1.500, qualcosa non va. Spesso a causa dell'invisibile microcircolo. Così si può avere un infarto, una morte improvvisa. Il primo obiettivo di Camici è però quello di portare avanti gli studi sulla cardiomiopatia ipertrofica (malattia genetica che colpisce un nato ogni 500). In Italia almeno 100.000 pazienti ne soffrono, in gran parte non diagnosticati o con diagnosi errate. In questa patologia, lo studio del microcircolo è fondamentale, anche per prevenire la progressione della malattia. Non solo. Si è visto che anche negli ipertesi il motore può perdere giri a causa del microcircolo. Il Centro di Camici è pronto.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Punto critico****IL DIRETTORE È PART TIME**

DI IGNAZIO MARINO*

Direttori sì, ma part time: rischia di essere questa la sorte dei direttori scientifici dei nostri più prestigiosi istituti di ricerca di rilevanza nazionale. La novità è contenuta nel disegno di legge sulle sperimentazioni cliniche, proposto dal ministro Ferruccio Fazio e approvato dal Consiglio dei ministri la settimana scorsa. La norma prevede, tra le altre cose, che il rapporto di lavoro di chi dirige la ricerca di prestigiosi istituti pubblici come gli Irccs, possa essere esclusivo o anche non esclusivo, in questo caso con una riduzione della retribuzione del 30 per cento.

Ma è davvero possibile dirigere la ricerca di importanti istituzioni senza dedicarsi a tempo pieno, con un rapporto di lavoro non esclusivo e mantenendo altre attività contemporaneamente? Personalmente lo trovo inaccettabile e sarebbe interessante provare a chiedere un giudizio per esempio ai direttori della ricerca dell'Istituto Curie di Parigi o dello Sloan-Kettering di New York. Ma, certo, in quei paesi la ricerca è considerata un settore strategico per la crescita e il progresso del Paese. In Italia no, e per difendere i privilegi di pochi (gli Irccs italiani sono in totale 43) si è disposti a condizionare il lavoro di tutti e a compromettere l'efficienza degli istituti. Coordinare progetti di ricerca complessi



A sinistra: Ignazio Marino

e di alto livello come quelli che dovrebbero essere condotti dagli Irccs non può essere considerato un lavoro part time, svolto con una mano sola e nei ritagli di tempo, quando non si è impegnati altrove nell'attività clinica privata o in redditizie consulenze. Perché alla fine è di questo che si tratta: permettere a medici illustri di visitare i pazienti nel loro studio privato, sottraendo energie

e concentrazione al lavoro per la ricerca pubblica, per di più sfruttando il prestigio che deriva loro dall'istituzione che dirigono. Quello che invece andrebbe fatto, per valorizzare le migliori professionalità, sarebbe proprio il contrario: pretendere l'esclusività del servizio per i direttori scientifici e prevedere un compenso variabile con incentivi economici significativi sulla base della qualità della ricerca condotta, dei finanziamenti ottenuti e delle pubblicazioni sulle riviste scientifiche internazionali. In questo modo si creerebbero anche condizioni interessanti per attirare giovani e brillanti scienziati italiani che oggi lavorano all'estero e contribuiscono alla crescita di istituzioni estere. Ma, forse, è proprio ciò che si vuole evitare?

*Chirurgo, Presidente Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale