

Rassegna del 01/09/2010

UNITA' - Messina, orrore senza fine:"Mi hanno lasciato abortire da sola nel bagno del reparto" - Modica Manuela

1

Messina, orrore senza fine: «Mi hanno lasciato abortire da sola nel bagno del reparto»

Il racconto di una donna, ricoverata per una interruzione di gravidanza dopo aver saputo delle malformazioni del feto. «C'erano solo obiettori, nessuno mi ha aiutata». Sette medici indagati nel reparto di Ginecologia e Ostetricia.

MANUELA MODICA

MESSINA

Un aborto nel bagno. Nella stanza dell'ospedale. Sette medici indagati. Il Policlinico di Messina, il reparto di ginecologia e ostetricia continua a regalare alle cronache quello che si credeva impossibile: partorire da soli nel bagno dell'ospedale. È successo prima della rissa in sala parto. Lo scorso giugno. Laura (chiameremo Laura anche lei) è al quinto mese di gravidanza. Sarebbe il terzo figlio, lei ha già un bimbo di 10 anni e un altro di sette. Ma la morfologica «mi fa crollare il mondo addosso». Il dottore Antonio De Vivo è costretto a spiegarle che il bambino presenta delle malformazioni. Laura piange tutte le sue lacrime, poi prende la scelta «più diffici-

Ostetricia e ginecologia
Dopo la rissa in sala parto nuovo scandalo: sette medici indagati

le della mia vita». Quel venerdì mattina di inizio giugno torna al reparto di ginecologia, prima del tempo che aveva previsto, in condizioni opposte a quelle che aveva sperato per quei primi 5 mesi.

IL RACCONTO DI LAURA

La pelle scura del volto si raggrinza, sorride, e morde le labbra. Ha la voce calma, parla con estrema chiarezza, ci tiene che venga tutto fuori così come l'ha vissuto. Quel mattino Laura inizia la stimolazione per portare a termine la gravidanza di un figlio malato. Inizia dal mattino: «Poi, m'hanno detto, ogni tre ore dovremo ripetere la stimolazione». Così scorre il più brutto pomeriggio, a blocchi di tre ore, stimolazione dopo stimolazione. Ma si fa sera: «Alle

otto cambia il turno. Alle nove vennero un medico e un'ostetrica. Mi dissero se volevo passare in sala parto così che loro potessero seguirmi. Risposi che preferivo di no. Perché? Io conosco la sala parto, sarei rimasta sola. Mia madre non sarebbe potuta entrare. Non avevo bisogno solo di un supporto medico ma anche di uno emotivo: alle nove i dolori erano tanto lancinanti che non potevo alzare il collo. Non immaginavo di dover affrontare tanto dolore e umiliazione per tornare a casa a mani vuote». Si ferma, e piange: «Mi scusi, la prego».

I MEDICI OBIETTORI

È un attimo, poi rialza la testa, fiera, e riprende a raccontare. La rabbia le segna con evidenza il volto, con queste rughe nel viso, la giovane donna, 37 anni, racconta delle continue sollecitazioni ai medici, dei dolori sempre più lancinanti. «Mi visitò allora l'ostetrica; due secondi di dita dentro la vagina e la diagnosi: "Signora, non si preoccupi, prima di domani mattina non se ne parla". Come farò io fino a domani, chiesi, e se ne andò». Fu allora che la madre di Laura, disperata, pretese una spasmex, minacciando di andarla comprare lei stessa, sperando così, attingendo al poco di medicina che sapeva, di calmarle i dolori. L'infermiere la accontentò, dopo aver avuto autorizzazione dal medico di turno a somministrarla: «Non vidi il medico mai dopo le nove, l'infermiere mi disse che erano tutti obiettori e che non m'avrebbero seguita». Dieci minuti dopo la spasmex Laura partorisce: «Ero in bagno, perché l'unica posizione in cui riuscivo a stare era accovacciata sul water, così è uscito il feto: dentro il water è finito. M'avevano detto non prima di domani». Solo a quel punto medico e ostetrica intervengono, nel racconto della giovane messinese.

Così abortisce una giovane donna al Policlinico di Messina, da sola, con la sola assistenza materna, snobbata dal personale medico, obietto- re: «Mi fece il raschiamento senza mai rivolgermi la parola. come fossi

stata un cane». È così si ritrovano nel registro degli indagati in sette, dopo la denuncia di Laura. Il primario di ginecologia Domenico Granesse – oggi sospeso dopo la rissa dei due ginecologi – che non vide mai la paziente, «scrisse sulle colonne della Gazzetta del Sud che era tutta colpa mia perché non avevo voluto passare in sala parto, accusando io una sindrome ansioso – depressiva: siamo noi pazienti tanto pazzi da voler rovinarci l'esistenza con eventi traumatici come questo, e non vediamo l'ora di denunciarli...». ❖



Rassegna del 01/09/2010

OGGI - Bambini a comando - Tinelli Fiamma

1

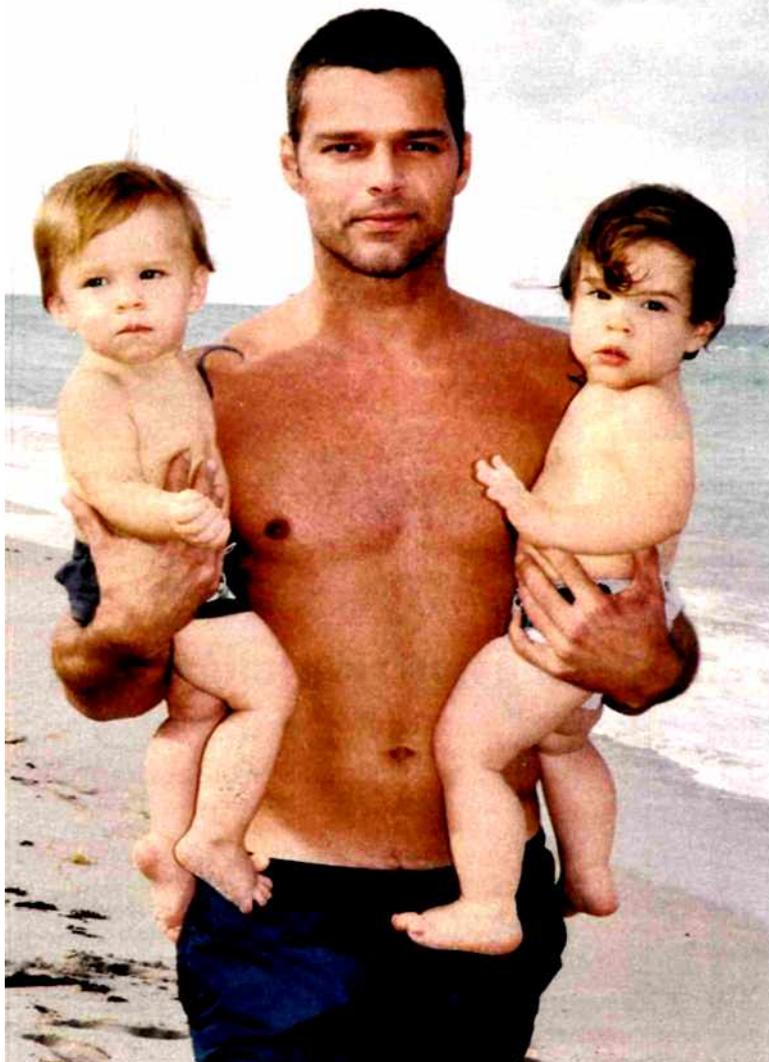
(Scienza DOPO I CASI DI CRONACA CHE FANNO DISCUTERE,**TUTTI I NUOVI TRAGUARDI DELLA FECONDAZIONE ASSISTITA)**

BAMBINI A COMANDO



I gemelli di Martin, la Nannini incinta a 54 anni. Fino al caso limite del segretario gay della Fallaci (sopra, a sinistra). I «figli della scienza» sono sempre di più. Ma a volere un bebè su misura sono soprattutto tante coppie normali. Ecco come ci riescono

di Fiamma Tinelli

RICKY, PAPÀ SINGLE DI MATTEO E VALENTINO**“HO PENSATO ALL'ADOZIONE MA CI VOLEVA TEMPO”**

Miami (Stati Uniti). Ricky Martin, 38, con i suoi Matteo (a sinistra) e Valentino, 2 anni. Il cantante portoricano, che ha dichiarato di essere gay, li ha avuti grazie a una madre surrogata. «Ho pensato anche all'adozione, ma ci sarebbe voluto molto tempo», ha rivelato Martin. «Li amo così tanto che non ho voluto nessuna tata. Sono io che li cambio, preparo loro la pappa e li metto a nanna la sera».

**IL FIGLIO DI BIN LADEN HA**

Milano, settembre
Domanda: che cos'hanno in comune una popstar gay (Ricky Martin), il figlio del terrorista più ricercato del mondo (Omar Bin Laden) e una cantante dal successo planetario (Céline Dion)? Risposta: un figlio dalla scienza. Matteo e Valentino, i gemelli di due anni di Martin, sono nati grazie a una madre surrogata.

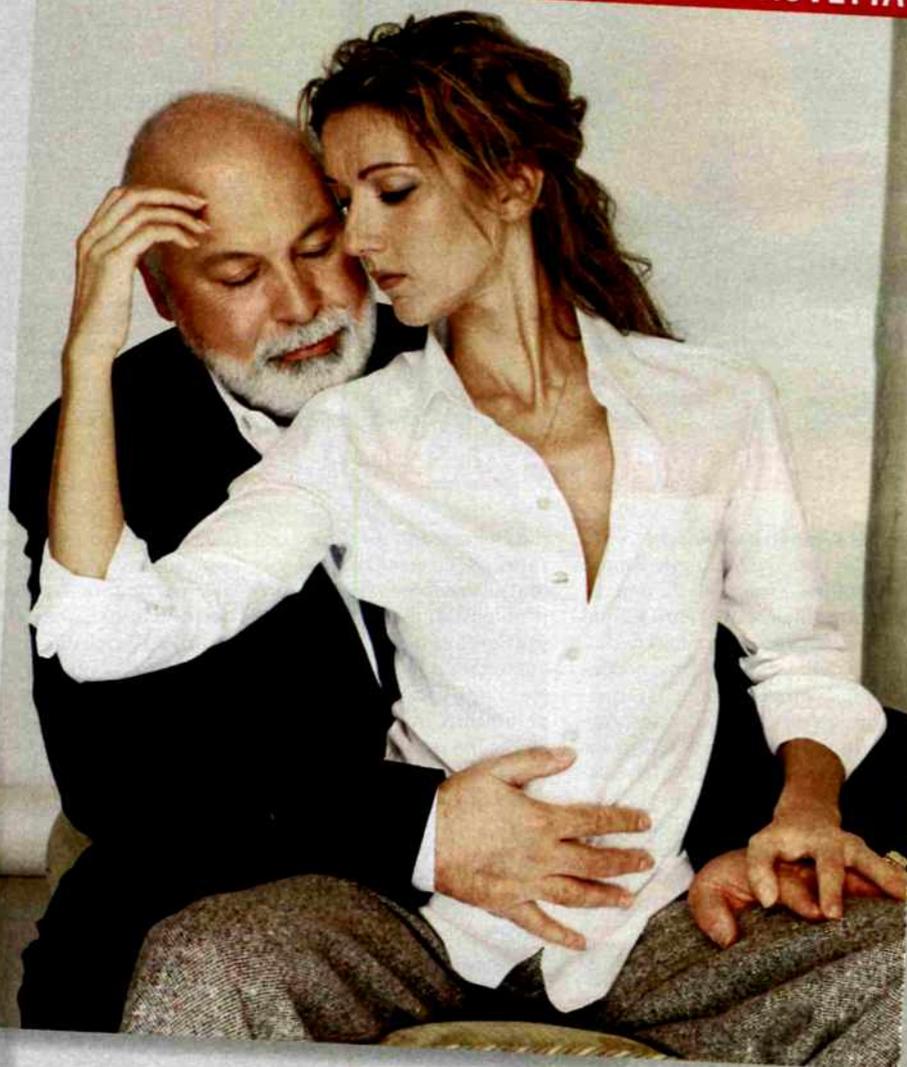


LOUISE ASPETTA I NIPOTI DEL TERRORISTA NUMERO 1

Manchester (Gran Bretagna). Sopra, Omar Bin Laden, 29, quartogenito di Osama. A sinistra, sua moglie Zaina, 54, accarezza la pancia di Louise Pollard, 24, la donna che sta portando avanti la gravidanza dei loro 2 gemelli, concepiti in provetta. La coppia, però, è in crisi: Bin Laden soffre di disturbo bipolare e «sente» la voce del padre.

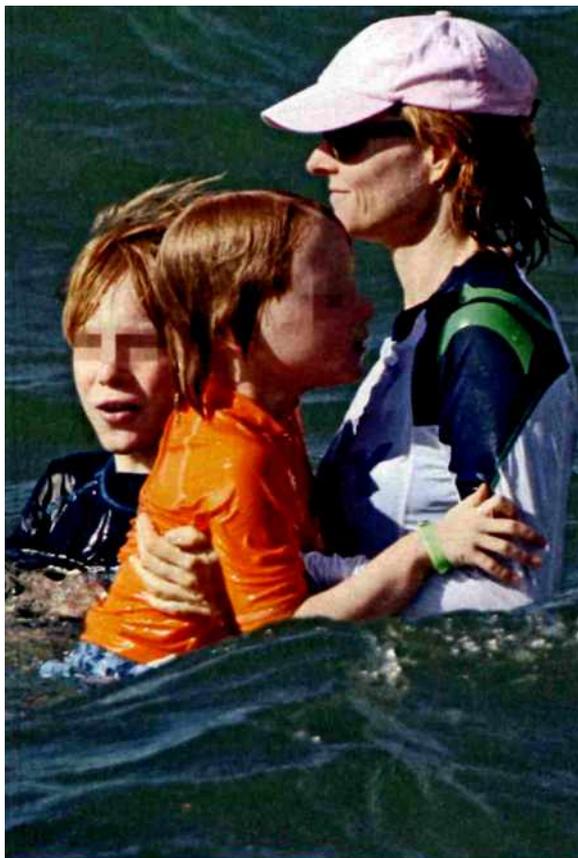
"AFFITTATO" UNA MAMMA

CÉLINE, DUE BIMBI IN ARRIVO GRAZIE ALLA PROVETTA



"QUESTA GRAVIDANZA VALE PIÙ DI MILLE DISCHI DI PLATINO"

Montréal (Canada). Céline Dion, 42, si gode l'abbraccio del marito René Angélil, 68. I due sono in attesa di due gemelli concepiti con la fecondazione in vitro. Dion, che è già madre di René Charles, 9, non ha mai fatto mistero di aver fatto ricorso alla Fivet. In alto, accanto al titolo, il servizio esclusivo comparso sul n. 35 di Oggi. Sandro Sechi, l'ultimo segretario di Oriana Fallaci, e il marito Erik raccontano come hanno avuto una figlia grazie alla maternità surrogata.

**JODIE FOSTER, MADRE DA SOLA**

Honolulu (Stati Uniti). A sinistra, Jodie Foster, 47, gioca con i figli Kit, 8 (in braccio a lei), e Charles, 12. Per i media americani, i bambini sarebbero il frutto di un'inseminazione artificiale da donatore.

JLO, FELICE CON I GEMELLI

Malibu (Stati Uniti). Jennifer Lopez, 41, con i suoi gemelli Emme (in braccio a lei) e Max, 2. A detta di molti, i piccoli sarebbero nati grazie alla fecondazione assistita in vitro.

**TRA LE MAMME VIP POCHE AMMETTONO DI AVER CHIESTO AIUTO, EPPURE**

→ Così come i bambini che Omar Bin Laden e la moglie Zaina, 54enne, aspettano da una ragazza inglese di 24 anni. Céline Dion, invece, è in attesa di due gemelli per novembre, concepiti in provetta come il suo primogenito, René Charles. Aggiungete la storia (che *Oggi* ha raccontato in esclusiva) di Sandro Sechi, il segretario della Fallaci, e del marito Erik, felici genitori di Rachel Maria grazie all'utero di un'amica, e il caso più chiacchierato dell'estate, quello di Gianna Nannini, incinta di 5 mesi a 54 anni, e il quadro è completo. Le maternità (o paternità) *on demand*, «a richiesta», sono sempre di più.

I SUCCESSI ITALIANI

Sia chiaro: la PMA, ovvero la procreazione medicalmente assistita, non riguarda solo i vip o le (poche, in verità) maternità tardive che fanno tanto clamore sulla stampa. Le cop-

pie che cercano un figlio con l'aiuto della scienza sono soprattutto coppie normali, con problemi di fertilità. E certe pratiche, come la maternità surrogata o la fecondazione eterologa, con ovociti o seme di donatori, in Italia non sono nemmeno consentite. Resta il fatto che le tecniche per avere un bambino con l'aiuto

della scienza, ormai, sono sempre più richieste: in Italia, dove il 15 per cento delle coppie è infertile, nel 2008 sono stati iniziati 44.065 cicli di fecondazione assistita contro i 40.026 del 2007 (dati Registro nazionale PMA), mentre le nascite sono salite da 7.854 a 8.847. E questi numeri non tengono conto delle gravidanze ottenute all'este-

ro, con pratiche che da noi non sono legali: nonostante le regole della Legge 40 siano cambiate (vedi box sopra a destra), le stime parlano di circa 10 mila coppie l'anno che fanno ancora le valigie per un appuntamento in una clinica di Madrid, Bruxelles, Riga o Budapest. «Non finirò mai di ringraziare i medici che mi hanno aiutato a

Fu Louise il primo "miracolo"

● Il 25 luglio 1978, i giornali di tutto il mondo portano lo stesso titolo: a Oldham (Gran Bretagna), è nata **Louise Brown** (sotto), il primo essere umano concepito al di fuori dell'utero materno. Il «miracolo», ottenuto dopo anni di fallimenti, è dei medici Patrick Steptoe e Robert Edwards.



● Nel 2007, Louise, 32, è diventata (naturalmente) mamma di Cameron (a destra). «Mi chiedono se avrei fatto ricorso alla scienza, se Cameron non fosse arrivato», dice. «La risposta è "sì". La vita è un dono e io sono qui a dimostrarlo».





KELLY, INCINTA A 47 ANNI

Los Angeles (Stati Uniti). Kelly Preston, in dolce attesa a 47 anni. La moglie di John Travolta, che un anno fa ha perso il figlio maggiore, Jett, avrebbe fatto ricorso all'ovodonazione.

NON È UNA COLPA

diventare madre. È una gioia più grande di mille dischi di platino», disse Céline Dion subito dopo la nascita del suo René Charles, 9 anni fa. A differenza di tante vip (anche nostrane) che fanno ricorso alla fecondazione assistita ma non lo ammetterebbero neanche sotto tortura, la star canadese non ha mai nascosto di aver chiesto aiuto alla scienza.

MAGIE DI LABORATORIO

Il metodo che ha fatto la gioia di Céline e di altri 3 milioni di donne nel mondo (di cui 120 mila italiane) si chiama **Fivet**, o **fecondazione in vitro**. Funziona così: gli ovociti della madre, prelevati grazie a un piccolo intervento chiamato *pick up*, vengono uniti in laboratorio al seme del padre, così da facilitare la fecondazione. Una volta avvenuta questa, l'embrione viene trasferito in utero. E se la Fivet non basta, arriva la Icsi,

ovvero la microiniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo: in sostanza, si inietta il singolo spermatozoo direttamente nell'ovocita femminile, superando così i problemi di grave infertilità maschile o di oligospermia (presenza di pochissimi spermatozoi nel liquido seminale).

Le percentuali di successo variano da Paese a Paese, e sono direttamente connesse all'età della donna. In Italia, dove le donne decidono di avere figli sempre più tardi e si rivolgono ai centri specializzati in media intorno ai 36 anni (ma le ultraquarantenni sono ormai una su quattro), «si va dal 40 per cento di possibilità di successo di una trentenne al 15 di una 40enne», spiega Anna Pia Ferraretti, direttore scientifico del Simer, la Società italiana di studi sulla medicina della riproduzione. Questo, se gli ovuli di mamma

o il seme di papà sono disponibili. Ma esistono anche altri casi. Prendete Kelly e John Travolta: «Siamo lieti di annunciarvi che, a sorpresa, diventeremo presto genitori di un maschietto», hanno annunciato sul loro sito web. L'attore americano e la moglie, genitori di Ella Blue, 10 anni, un anno dopo la misteriosa scomparsa a 16 anni del loro primogenito Jett, sono in attesa di un bebè in arrivo per ottobre. Sul fattore «sorpresa», però, i media americani sono piuttosto scettici: secondo *People*, bibbia dello showbiz Usa, Kelly Preston, che a ottobre compirà ben 48 anni, si sarebbe sottoposta a fecondazione assistita con ovocita di una donatrice.

Niente di strano: si chiama **fecondazione eterologa**, ed è la soluzione PMA numero due, nella quale il concepimento avviene grazie all'ovocita di una donatrice, o al seme di un

Legge 40, è cambiata così

La produzione di un massimo di 3 embrioni. L'obbligo di impianto in utero di tutti gli embrioni prodotti. La proibizione di praticare la diagnosi preimpianto. Così voleva la (criticatissima) Legge 40. Ma con la sentenza n. 151 della Corte Costituzionale, nel 2009, le regole della fecondazione assistita sono cambiate. Ecco come.

- **Nessun limite al numero di ovociti fecondati.** La Consulta ha sancito che il numero di ovociti da fecondare può essere deciso unicamente dal medico, sulla base di ogni singolo caso.
- **Si al congelamento degli embrioni.** Gli embrioni ottenuti dalla fecondazione non devono più essere impiantati tutti e contemporaneamente, ma possono essere congelati per il futuro.
- **Torna la diagnosi preimpianto.** L'esame genetico degli embrioni (fondamentale in caso di genitori portatori sani di gravi patologie genetiche come la talassemia) è di nuovo consentita.
- **Resta il «no» all'eterologa.** La fecondazione eterologa (con ovocita o seme di donatore) resta proibita. Ma l'avvocato Maria Paola Costantini, sta presentando i ricorsi di decine di coppie per dimostrare l'incostituzionalità del divieto.
- **I risultati del cambiamento.** Dopo la sentenza, i viaggi verso le cliniche estere sono calati del 30 per cento, le gravidanze sono passate dal 20 al 22 per cento e i casi di aborto calati dal 24 al 20 per cento.

donatore. Un tecnica indispensabile se la donna, a causa dell'età o di una grave malattia, non ha ovociti utilizzabili per la fecondazione, o se l'uomo è sterile. Ma è vietata in Italia dalla Legge 40.

«Se la normativa italiana consente l'aiuto della medicina per chi ha difficoltà a procreare, che senso ha negarlo a donne che a 30 anni sono entrate in menopausa precoce, o a uomini che in seguito a un cancro e a una chemioterapia non possono più concepire?», si chiede Ferraretti. Per queste coppie, aggirare l'ostacolo è possibile, ma costoso. Bisogna andare all'estero: «In Paesi come la Spagna o il Belgio, in cui per una fecondazione eterologa si spendono fino a 7 mila euro a tentativo, o l'Ucraina e l'Ungheria, dove si spende meno ma i controlli sulla salute della donatrice sono lasciati alla serietà del centro», spiega Andrea Borini, responsabile del centro Tecnobios e dell'Osservatorio sul turismo procreativo.

GENITORI "PER PROCURA"

Infine, l'ultima frontiera del figlio *on demand*, la più contestata, la più difficile da capire. Quella della **maternità surrogata**. Grazie alla quale sono nati Matteo e Valentino, i bellissimi gemelli di Ricky Martin, omosessuale dichiarato, ma anche Marion e Tabitha, le piccole di Sarah Jessica Parker e Matthew Broderick. Quattro bambini nati dai geni dei genitori (nel caso di Martin, con il contributo di una donatrice), ma cresciuti in un utero «in affitto».

In Italia, la maternità surrogata è illegale, mentre è consentita negli Stati Uniti, in Ucraina, in Grecia. E non serve solo alle coppie gay o alle star di Hollywood troppo impegnate sul set per avere il pancione: nel caso di donne a cui è stato asportato l'utero, per esempio dopo un tumore, è l'unica strada.

Fiamma Tinelli

Rassegna del 01/09/2010

LA DISCUSSIONE - C'è un sottile filo rosso che collega tutti i casi - Alboretti Carmine

1

QUANDO LA SALUTE È UN OPTIONAL

C'è un sottile filo rosso che collega tutti i casi

DI CARMINE ALBORETTI

Non sempre la maternità è motivo di gioia, ma può trasformarsi in tragedia. Succede nei paesi in via di sviluppo, dove la gravidanza e il parto presentano un'elevata percentuale di decessi. Ma anche in Italia lo scenario non si discosta molto da questa realtà. Nel 2004 su seicentomila parti effettuati ben 120 si sono conclusi con la morte della partoriente. La statistica è dell'Associazione dei ginecologi italiani (Aogoi). Il problema, dunque, esiste. E va affrontato, cercando di evitare inutili allarmismi e di far prevalere sempre il buon senso. Un dato, comunque, è certo: i casi balzati agli onori delle cronache nell'ultima settimana non costituiscono degli episodi isolati, enfatizzati dalla stampa anche a causa della penuria di notizie che si registra durante il periodo estivo, ma vanno "letti" in un'ottica più ampia. Nel nostro Paese il parto è ancora fonte di morte. E poco importa il tipo di tecnica adoperata dal personale sanitario chiamato ad intervenire. Sia che si scelga il "metodo naturale", sia il taglio cesareo - al quale, comunque, si

ricorre sempre quando c'è una qualche complicazione, come nei casi di cardiopatia o eclampsia - a rischio è sempre e solo la salute delle donne. La riprova arriva, purtroppo, dalle vicende di Messina e Roma, finite nel mirino della magistratura che, con i tempi lunghi della giustizia, dovrà fare chiarezza e arrivare alla condanna dei responsabili. Lo scenario è analogo anche per chi decide di rinunciare alla maternità. La trentasettenne che aveva programmato un aborto terapeutico e che ha, poi, partorito nel bagno senza assistenza perché i medici in servizio al momento si erano dichiarati "obiettivi di coscienza" è emblematica. Nessuno nega al personale sanitario la possibilità di far valere la propria obiezione, tuttavia l'efficacia ed effettività di una legge, la 194 - oggetto, peraltro, di un referendum popolare - non può essere svilita. Allo stesso modo andrebbe garantito il diritto alla interruzione volontaria della gravidanza.

UIL: NON SOLO MARCIO AL SUD

«Nella sanità del Sud Italia non c'è solo del marcio, esistono anche eccellenze nelle strutture». La difesa della categoria arriva da Giovanni Torluccio, segretario generale della Uil-Fpl, che torna così sulla vicenda di Messina con la lite in sala parto tra due medici mentre una donna era in procinto di partorire. «Il Sud non è solo quello che si dipinge con troppa facilità. Non possiamo generalizzare», ha aggiunto.



Da questo punto di vista lo Stato latita. Succede, ad esempio, a Napoli e in Campania. Qui mancano strutture sul territorio e quasi il 90 per cento degli specialisti è obiettore. Tutto questo si traduce in liste d'attesa lunghissime. Chi vuole o deve, per forza di cose, interrompere una gravidanza, non ha che due opzioni: il ricorso alla sanità privata, con ulteriore aggravio di costi, o rivolgersi alle cliniche clandestine, controllate dalle organizzazioni malavitose che si arricchiscono grazie alle falle del sistema e fanno affari sulla salute delle persone. Non è questa, forse, una ulteriore forma di violenza e di coartazione delle donne? Al Sud il problema si pone in tutta la sua drammaticità, dal momento che la sanità pubblica, salvo rare eccezioni, fa acqua da tutte la parti. Il commissariamento disposto dal governo in molte regioni per far fronte al grave deficit che si è venuto a creare ne è la conferma più evidente. Questo stato di cose è il prodotto di una gestione dissennata, fatta di spese folli e ingiustificate, nomine pilotate dalla politica, logiche clientelari che poco hanno a che vedere con la tutela della salute come diritto fondamentale della persona. Non c'è da stupirsi se due medici litigano in sala parto mentre la loro paziente sta per partorire.

La percentuale dei cesarei arriva al 60,5% in Campania, al 52,4% in Sicilia, al 48,9% in Molise, e al 47,7% in Puglia. Al Nord la situazione migliora a partire da Friuli, Toscana e Lombardia, dove la percentuale si assesta tra il 24 e il 28%, mentre solo Bolzano (20%) si avvicina ai valori raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (15%) e dal ministero della Salute (20%).

Rassegna del 01/09/2010

LA DISCUSSIONE - Intervista ad Alessandra Graziottin - Il cesareo scelta di comodo dei sanitari - ma.mar. 1

GRAZIOTTIN

«Necessario aiutare le puerpere a non aver paura del naturale»

Il cesareo scelta di comodo dei sanitari

I recenti fatti di cronaca verificatisi a Messina e Roma rischiano di alimentare il timore nei confronti del parto cesareo, pratica verso la quale invece, proprio per fuggire da una spesso immotivata paura, si rivolgono sempre più donne italiane. Ne abbiamo parlato con Alessandra Graziottin, direttore del centro di ginecologia e sessuologia medica al San Raffaele di Milano.

Un numero crescente di parti cesarei in Italia, soprattutto al sud, come spiega questo fenomeno?

Il parto naturale fa paura e per questo si fa ricorso al cesareo. Molti interventi però non hanno una precisa indicazione medica, ma sono invece determinati da altri due fattori. Il primo riguarda il timore delle donne, che cercano nella medicalizzazione una pratica alternativa a quello che è invece il gesto più naturale che possa esistere. L'altro motivo è legato all'interesse del medico, che con il cesareo può programmare il parto e ridurre il tempo della gravidanza della paziente.

È bene ricordare dunque che si tratta comunque di una operazione che comporta qualche rischio.

Il taglio parto cesareo è un intervento chirurgico i cui rischi sono spesso sottovalutati. In Italia del resto ha un tasso pari al 38-40 per cento, doppio rispetto a quanto raccomandato dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Ed è bene ricordare anche che il cesareo può presentare un conte anche molto salato a medio lungo termine, in caso di nuove gravidanze. Il cesareo aumenta il rischio di una mal posizionamento della placenta ("placenta previa") e di altre patologie placentari che complicano poi notevolmente le gravidanze successive. Per alcune pazienti, infatti, può aumentare anche del 40 per cento la possibilità di annidamento nella placenta.

Secondo lei c'è anche un problema

culturale?

In questi casi bisogna

essere pragmatici. Non penso ad un problema culturale ma credo si debba fare in modo che le donne possano recuperare la fiducia e per fare questo è necessario accompagnarle con un'attenzione umana e clinica che purtroppo sembra essere smarrita. La donna troppe volte si sente un oggetto abbandonato in sala parto.

In Italia dunque c'è secondo lei un'emergenza donna legata al settore sanitario?

Non penso ci sia un'emergenza donna ma un'emergenza nel rapporto tra "ospedale-donna". È necessario pensare ad una ristrutturazione delle sale parto, con ostetriche che seguano le pazienti e le insegnino a usare correttamente i propri muscoli, saper spingere al momento del travaglio, avere fiducia nel parto naturale. Spesso invece le donne vengono trascurate dai ginecologi e arrivano a parti vaginali difficili, sofferti e problematici.

Come ha reagito ai fatti di cronaca accaduti in questi giorni?

Credo sia inammissibile, parlando di Messina, che una giovane donna entri sana in ospedale e si ritrovi senza utero e con un figlio in gravi condizioni. Per evitare il rischio che la mortalità neonatale aumenti, bisogna lavorare sulla tempestività degli interventi. Andare oltre la cifra dei mille parti annuali, significa non avere una presenza sufficiente di medici e ostetriche in grado di fronteggiare eventuali emergenze. Oltre a questo considero indispensabile la presenza dei medici di guardia attiva e non la loro reperibilità su chiamata.

ma.mar.



Dossier

Salute, Italia spaccata in due

Comparati i dati di 500 ospedali: Nord efficiente, Sud peggiore su tutti i parametri

LAURA ANELLO
ROMA

Ti rompi un femore? A Bolzano nell'83% dei casi si precipitano a operarti entro 48 ore. In Basilicata solo il 16% dei pazienti guadagna un salvacondotto veloce per la sala operatoria. Devi togliere la colecisti? Se vivi in Toscana hai la metà delle probabilità di cavartela con le piccole incisioni della laparoscopia, tornando a casa il giorno dopo. Ma se abiti in Calabria, questa possibilità scende all'uno per cento: per tutti gli altri c'è il bisturi tradizionale.

All'indomani dello scandalo in sala parto a Messina e delle polemiche sull'abuso di tagli cesarei, i riflettori si allargano a svelare altre debolezze del sistema. Luci e ombre, disparità degli ospedali italiani, indagate dalla commissione d'inchiesta sull'efficienza del Servizio sanitario nazionale guidata da Ignazio Marino, che ha realizzato con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa uno screening a tappeto tra i 500 poli sanitari del Paese.

Fotografando, come aveva fatto anche il **ministero della Salute** pochi mesi fa, un'Italia spaccata in due. Sul podio dell'efficienza Toscana, Emilia e Piemonte. Poi Umbria, Veneto, Friuli. Al fondo della classifica il Sud: Molise, Sicilia, Campania, Puglia. Fanalino di coda, la Calabria. Dietro questi dati, legioni di donne in età a rischio che non sono chiamate a fare lo screening sul cancro al seno (la Sicilia è ferma al 17,5 per cento a fronte del 98 dell'Umbria), ancor più numerose truppe di over 50 che non fanno prevenzione sul colon-retto: in Lombardia l'invito arriva per tutti, in Sardegna per lo 0,1 per cento. In quattro regioni, questa volta geograficamente trasversali (Sicilia, Puglia, Marche, Liguria), il programma non è ancora partito.

E perfino su vaccini di efficacia indiscussa - quello infantile contro morbillo e rosolia e l'antinfluenzale per gli anziani - c'è chi segna il passo: e questa volta è il Nord del Nord, la provincia di Bolzano. Già, non tutto è monolitico e spesso ci sono differenze vistose

tra realtà della stessa regione, ma in linea di massima «chi va male va male in tutto, e chi va bene va bene in tutto», dice Lorenzo Sommella, consulente della commissione parlamentare.

I dati raccontano di pazienti costretti in ospedale prima di un intervento solo per fare gli accertamenti (in Friuli basta mezza giornata, in Lazio e in Molise ci vogliono due giorni e mezzo), di altri compagni di sventura ricoverati in reparti chirurgici con la polmonite o la diarrea e poi dimessi, ovviamente, senza passare dal bisturi. Di anziani vagolanti in pigiama nei corridoi quando basterebbero servizi territoriali efficienti - medici di famiglia, ambulatori - per curarli e seguirli, con la non trascurabile conseguenza di avere letti liberi per chi ne ha bisogno davvero. In Piemonte i ricoveri potenzialmente inappropriati sono circa 90 su 10 mila residenti, in Campania oltre 334. E i malati cronici? Giusto per parlare dei broncopatici, a Trento si ricoverano 58 malati su 100 mila, in Puglia oltre 350.

Dove il sistema territoriale non funziona, l'ospedale diventa approdo nel deserto dell'assistenza. E spesso al Sud il medico di famiglia diventa il bancomat dei farmaci. C'è da stupirsi, quindi, se nella provincia autonoma di Bolzano si spendono in media 149 euro per paziente e in Sicilia e in Calabria quasi il doppio? «Segno di un'insufficienza dei sistemi di orientamento e controllo - commenta Sommella - ma anche di un atteggiamento culturale». Alcuni fuggono in altre regioni, altri tornano entro un mese nell'ospedale da cui sono stati dimessi. Hanno lo stesso problema di prima. Segno che qualcosa non ha funzionato.

SUL PODIO

Le regioni migliori sono Toscana, Emilia Romagna e Piemonte

IL DISASTRO

In fondo alla classifica la Calabria, preceduta da Puglia e Campania



Gli indicatori

LA PRIMA REGIONE HA LA PERFORMANCE MIGLIORE, LA SECONDA LA PEGGIORE

 **FRATTURE DEL FEMORE OPERATE ENTRO DUE GIORNI**
83,63% Prov. aut. di Bolzano
16,23% Basilicata

 **RICOVERI PER LA STESSA PATOL. ENTRO UN MESE DALLE DIMISSIONI**
3,23% Piemonte
7,64% Sardegna

 **PARTI CESAREI**
23,01% Friuli Venezia Giulia
61,88% Campania

 **RICOVERI EFFETTUATI IN ALTRE REGIONI**
4,22% Lombardia
24,72% Valle d'Aosta

 **RICOVERI IMPROPRI NEI REPARTI CHIRURGICI**
13,56% Marche
44,58% Campania

 **COLECISTECTOMIE IN LAPAROSCOPIA (dimiss. in 1 giorno)**
49,05% Toscana
0% Valle d'Aosta

 **PRESTAZIONI CHIRURGICHE EFFETTUATE IN GIORNATA**
88,30% Liguria
62,8% Molise

 **RICOVERI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI**
90,26 Piemonte su 10mila abit.
334,77 Campania su 10mila abit.

 **RICOVERI-LAMPO (potenzialmente evitabili)**
15,38% Prov. aut. di Trento
40,61% Campania

 **RICOVERI IN OSP. SOLO PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**
17,97% Piemonte
71,42% Campania

 **NUMERO DI RICOVERI**
97,26 Toscana su 1000 residenti
154,88 Puglia su 1000 residenti

 **GIORNI DI DEGENZA**
0,70 giorni in meno Toscana
1,10 giorni in più Lazio

 **GIORNI DI DEGENZA PREOPERATORIA**
0,72 giorni Friuli Venezia Giulia
2,33 giorni Molise

 **SPESA PER FARMACI PER ABIT. (esclusi i farmaci erogati in ospedale)**
€ 149,10 Prov. aut. di Bolzano
€ 277 Calabria

 **RICOVERI PER SCOMPENSO (pazienti tra 50 e 74 anni)**
156,21 Valle d'Aosta
493,36 Calabria su 100.000 resid.

 **RICOVERI PER BRONCOPATIE CRONICO-OSTRUTTIVE (tra 50 e 74 anni)**
58,76 Prov. aut. di Trento
350,50 Puglia su 100.000 resid.

 **RICOVERI PER DIABETE GLOBALE (pazienti tra 20 e 74 anni)**
8,77 Valle d'Aosta
130,12 Sicilia su 100.000 resid.

 **GRADO DI COPERTURA DEL VACCINO ANTINFLUENZALE NEGLI OVER 65**
74,70 Umbria su 100 resid.
47,50 Prov. aut. di Bolzano

«I politici locali
utilizzano
le corsie come
bacino di voti»

3 domande
a
Ignazio
Marino

«Questi dati dicono una cosa chiara. Quando una Regione non riesce a garantire il diritto alla Salute ai cittadini va commissariata. Nominando esperti di sanità pubblica, non dando poteri speciali allo stesso presidente che non è stato capace di amministrarla». Ignazio Marino, medico di fama internazionale e presidente della Commissione per l'efficienza del sistema sanitario nazionale, cita l'articolo 120 del titolo quinto della Costituzione: «Il governo può sostituirsi alle Regioni in caso di pericolo grave per l'incolumità dei cittadini».

E questo è il caso?

«E che cosa si aspetta? Il 62 per cento di parti cesarei in Campania non basta? Gli screening contro il cancro al seno non fatti? Il governo non deve commentare, deve agire».

Da cosa nasce l'idea dell'indagine sul Paese?

«Dalla volontà della Commissione di imprimere un cambio culturale, di non limitarsi a intervenire sulle denunce che riceve quotidianamente - pur importanti - di guardarsi bene dall'agire sulla base del colore politico di chi governa una Regione, ma di affidarsi alla testardaggine dei numeri, cioè valutare efficienza, efficacia, qualità delle cure attraverso indicatori numerici. Tutto sta nella valutazione e nella verifica dei risultati».

Perché la Sanità al Sud segna decisamente il passo?

«Perché è stata interpretata come strumento clientelare di occupazione, e non come bene pubblico da tutelare».

[L. AN.]



Analisi

MASSIMIANO BUCCHI
UNIVERSITA' DI TRENTO

Ci siamo dimenticati cosa studiare

L'assordante silenzio sulla ricerca: nessuno ha idee sugli obiettivi

Nel dibattito su ricerca e università in Italia, uno degli aspetti che più colpiscono è la scarsa attenzione ai contenuti stessi della ricerca. Si è parlato a lungo di tagli di bilancio, di progressioni di carriera e scatti di stipendio, di ricercatori a termine e dell'età di pensionamento dei docenti più anziani. Tutti temi senza dubbio di grande importanza, così come è comprensibile che ciascuna categoria coinvolta tuteli i propri interessi.

E' singolare, tuttavia, che pochissimi interventi - per non dire nessuno - si siano soffermati sulle scelte strategiche, sui settori di ricerca prioritari e su quelli più produttivi. Eppure i dati sulla produttività delle diverse aree di ricerca sono facilmente accessibili in documenti quali il rapporto «CIVR» o in pubblicazioni quali l'«Annuario Scienza e Società». Ed è proprio in tempi di risorse limitate che queste riflessioni sarebbero più urgenti. Anche perché è da simili discussioni e scelte che poi dovrebbero discendere conseguenti provvedimenti amministrativi, come quelli sulla «governance» degli atenei o sull'età più opportuna per il pensionamento dei docenti - a 65 anni un docente ancora attivo nella ricerca può essere un grande maestro in un settore consolidato, mentre in altri settori può essere necessario un rinnovamento più rapido, soprattutto se il personale in ruolo risulta poco attivo.

Forse, ormai, non stupisce constatare questa carenza di visione nella classe politica, a cui sembra sfuggire ancora una volta che di queste scelte è fatta una vera politica della ricerca, e non solo di tagli finanziari trasversali o di astratte discussioni su chi abbia titolo a far parte dei consigli di amministrazione (anche questo dipende, naturalmente, da quali obiettivi si perseguono).

Più sorprendente è che quasi nessuna voce si sia levata dalla cosiddetta «comunità scientifica» per evocare, ad esempio, qualcuno degli importanti risultati conseguiti dalla ricerca italiana in questi anni, per indicare i progetti e le infrastrutture irrinunciabili per la ricerca di base, per suggerire alleanze e sinergie tra diversi centri in modo da sfruttare meglio le risorse senza compromettere gli obiettivi.

Pochissimi tra i suoi tanti autorevoli e più visibili portavoce, abitualmente molto attivi quando si tratta di difendere in astratto la «libera scienza in libero Stato», sono usciti in questo caso da prese di posizione generiche per indicarci quale ricerca si possa e si debba perseguire in un contesto di risorse nazionali limitate; come si possano valorizzare i molti e importanti risultati della ricerca italiana, anche a livello europeo. O magari come nello stesso contesto sia necessario prendere atto dell'impossibilità che ciascuna delle nostre (numerosissime) università possa coprire ogni settore di ricerca o che ogni municipio ambisca al proprio - e peraltro, come si usa purtroppo da noi, sedicente - «centro di eccellenza».

Analoga reticenza ha caratterizzato fruitori della ricerca quali imprese, società civile, nuove generazioni di attuali e potenziali studenti. Anche qui molto si è detto sul piano formale, ad esempio reclamando più spazio nei consigli di amministrazione per esponenti del mondo imprenditoriale. Pochissimo, invece, ci si è espressi su temi di merito: la ricerca che si fa (e che si farà) è in linea con i bisogni del nostro tessuto produttivo? Quali settori possono caratterizzarci nella sempre più intensa competizione globale? E davvero

le associazioni di studenti e dottorandi non hanno nulla da dire sul piano dei contenuti? Ad esempio sull'importanza della ricerca di base, anche sul piano delle sue ricadute formative?

Senza una simile discussione diventa difficile valutare l'impatto e l'opportunità delle decisioni e dei provvedimenti presi. Così, comunque la si giudichi, almeno da questo punto di vista, la riforma e il dibattito sono stati sin qui un'occasione persa - per la ricerca, la politica e la società italiana - per riflettere sul proprio presente e sul proprio futuro.



“Gli scienziati? Sempre più robot”

Tecnologia/1. Dalla genetica alla cosmologia, ecco la rivoluzione
Saranno le macchine a formulare ipotesi e gestire gli esperimenti

**Giuseppe O.
Longo
Ingegnere**

RUOLO: HA INTRODOTTO IN ITALIA LA TEORIA DELL'INFORMAZIONE E OGGI SI OCCUPA DI COMUNICAZIONE E INTELLIGENZA ARTIFICIALE
LIBRI: «IL SENSO E LA NARRAZIONE» - SPRINGER
«IL NUOVO GOLEM: COME IL COMPUTER CAMBIA LA NOSTRA CULTURA» - LATERZA
GABRIELE BECCARIA

Il compito è impossibile prima ancora di cominciare: chi mai riuscirebbe ad analizzare 368 mila articoli e 8 milioni di abstracts - vale a dire le sintesi - nel database medico PubMed per produrre una ricerca su alcune malformazioni cerebrali che accomunano cavie ed esseri umani?

La scienza classica, quella a cui appiccichiamo i visi amichevoli di Darwin ed Einstein, si deve arrendere, schiacciata dalla bulimia dei dati. A meno che non la sostituisca la «science machine» - la scienza automatizzata - che facce e cervelli dei ricercatori li relega in secondo piano, facendo fare il grosso del lavoro ai computer, istruiti da software capaci di corteggiare l'intelligenza artificiale: allora la ricerca sulle «Brain malformations» diventa realtà, a cui il coordinatore, il biologo-matematico Andrey Rzhetsky della University of Chicago, dedica una frase enfatica: «Nessun curatore umano, e nemmeno un intero gruppo, avrebbe potuto realizzarla».

Il professore disegna i programmi con cui analizzare milioni di studi alla volta e tirarne fuori conoscenze inedite, altrimenti inaccessibili, come in una spremuta cognitiva: lui è l'autore, insieme con James Evans, di un pezzo su «Science» in cui spiega la portata di questa rivoluzione. Se gli scienziati annegano in un sapere prodotto con efficienza quasi suicida e se le loro esplorazioni - dalla genomica alla cosmologia - richiedono logiche ipercomplesse, «prevediamo che entro un decennio una serie di strumenti enormemente più potenti di quelli attuali consentirà un sistema tutto nuovo di generazione delle ipotesi e dei test in settori-chiave come biomedicina, chimica e fisica».

Anche se gli scettici non gradiran-

no, l'idea di creatività è sottoposta a una fortissima pressione e cambia: ibridandosi con la potenza analitica dei calcolatori e delle reti, la scintilla intuitiva dei ricercatori perde molto del suo enfatico significato. «La quantità di sapere che un individuo gestisce è cambiata poco nei millenni e la materia endocranica non può certo superare i propri limiti. Il singolo deve rassegnarsi e una metamorfosi globale è inevitabile - sottolinea Giuseppe O. Longo, ingegnere e matematico, studioso di teoria dell'informazione e intelligenza artificiale -. Amplificandosi la delega alle macchine, Internet diventa il sistema nervoso del Pianeta: è questa creatura emergente a preludere a una condizione cognitiva in cui la scienza si trasforma nell'impresa di una supermente connettiva».

Professore, lei parlerà di intelligenza planetaria al «Festival della Mente» di Sarzana che si apre dopodomani: un esempio di questa mutazione?

«Gli esempi sono innumerevoli. Ma basta pensare alla progettazione di un aereo di linea. Già oggi, e in futuro sempre di più, sarà demandata a una de enormi risorse, in primo luogo finanziarie, per sostenersi, ma la sua velocità di elaborazione e diffusione può propagare errori a catena, fino a una pericolosa instabilità cognitiva».

Intanto le nozioni di brevetto e proprietà intellettuale vacillano. La rivista «Nature» racconta che nei convegni ogni limite è saltato: i ricercatori spiatellano in diretta, in Rete, le scoperte dei colleghi.

«In effetti queste nozioni stanno evaporando: al nome proprio si sostituisce sempre più spesso l'indirizzo vasta comunità di individui che non possono fare a meno delle competenze depositate nelle macchine e nei loro archivi. L'essere umano si limita alla gestione manageriale, quella del coordinamento».

E' una prospettiva che molti considerano esaltante e angosciata allo stesso tempo: lei tende all'ottimismo o al pessimismo?

«Sono prospettive ugualmente realistiche: siamo avvolti in una nube di infosfera che non smette di dilatarsi e che potrebbe in un prossimo futuro generare un effetto di saturazione e

poi di blocco. Mi riferisco alla vulnerabilità complessiva: non solo richiede il copyright tende a lasciare il posto al copyleft. Ma tanti problemi giuridici e culturali restano irrisolti, mentre la pirateria dilaga».

In pratica come sta cambiando il lavoro dello scienziato?

«Accelerata in modo esponenziale: si fa ricerca costantemente connessi e non c'è tempo di pubblicare sulle riviste tradizionali: è così comoda la dimensione virtuale che il supporto cartaceo perde la funzione classica. D'altra parte, basta pensare ai dizionari: ce ne sono per tutte le lingue e sono a portata di clic. La conseguenza è che il processo standard - invio alla testata, controllo dei «peers», approvazione, pubblicazione e diffusione - scompare. Chi compie lo studio tende a renderlo subito noto, saltando i passaggi intermedi. E se contiene qualche errore, anche questo si propagerà».

E' lo stesso principio degli amati social networks, o no?

«In effetti i computer hanno una vocazione specifica. Oltre a fare calcoli, collegano gli esseri umani. La tecnologia dell'informazione è così duttile che stabilire dei contatti multipli non costa quasi nulla e nel diluvio universale dei messaggi muta l'impostazione narrativa non solo dei ricercatori, ma dell'umanità».

Lei prevede due possibili scenari: quali?

«Uno è il meticcio uomo-macchina, in cui un'intelligenza globale prende il sopravvento sui singoli. L'altro, invece, è segnato dalle sacche di resistenza di chi non vuole assimilarsi: proprio le frange più dotate potrebbero dire un sonoro «no»».



“Disturbi gravi dopo il vaccino” Guariniello avvia un’inchiesta

FEDERICA CRAVERO

CHE fare il vaccino contro l'influenza potesse dare dei disturbi collaterali è un fatto risaputo. Ma quello che è accaduto a due torinesi lo scorso autunno apre scenari inquietanti, tant'è che il procuratore Raffaele Guariniello ha aperto un'indagine.

In un caso, infatti, il malcapitato è andato in ospedale dopo alcuni giorni di forti dolori alle articolazioni, dolori che, invece di passare, peggioravano. I medici gli hanno diagnosticato una forma di mielopatia, patologia degenerativa che interessa il midollo spinale. E la malattia ora si è aggravata al punto che il paziente è costretto a muoversi con l'aiuto di un girello.

In un altro caso, invece, i dolori agli arti avvertiti subito dopo l'iniezione antinfluenzale si sono evoluti drammaticamente in una polimiosite, ovvero una modificazione degenerativa dei muscoli. Con il passare dei giorni il torinese non riusciva più a contrarre i muscoli e ad afferrare alcun tipo di oggetto. In più sul volto erano comparsi degli edemi. Così anch'egli si è rivolto ai medici, che hanno diagnosticato la terribile malattia.

In entrambi i casi non si trattava del tanto discusso vaccino contro il virus H1N1 della cosiddetta influenza A — sul qua-

le in verità sono state aperte diverse inchieste nel Nord Europa, soprattutto in Finlandia e Svezia — ma della normale prevenzione stagionale che è consigliata ad anziani, bambini, malati e in generale ai soggetti deboli. E in entrambi i casi il vaccino sarebbe stato confezionato sulla base dello stesso prodotto farmaceutico e somministrato nell'autunno del 2009.

I due torinesi, una volta accertata la gravità dei danni subiti, hanno sporto denuncia alla magistratura. Si tratterà ora di capire se visiano responsabilità o se invece i due episodi possano essere inseriti nella casistica delle controindicazioni. Una categoria che per i vaccini è spesso cospicua, tra effetti col-

laterali permanenti e temporanei, gravi e no.

Per il momento la procura di Torino ha avviato accertamenti e ha disposto una consulenza tecnica per indagare il nesso tra il principio attivo del vaccino e i sintomi denunciati. Nel frattempo il procuratore Raffaele Guariniello ha anche acquisito dall'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, i dati sulle cosiddette «reazioni negative» al vaccino. Secondo il primo monitoraggio le controindicazioni rilevate sarebbero state parecchie, disseminate in varie località italiane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE IDEE

EUGENIA TOGNOTTI

Università i test inutili di medicina

A dispetto delle sacrosante critiche che, da anni, ormai, piovano da ogni parte sui test di Medicina, i 90 mila aspiranti camici bianchi si troveranno di fronte, domani, alla solita sequenza di domande a risposta multipla (18 di biologia, 11 di chimica, 11 di Fisica e Matematica, 40 di Logica e cultura generale), cui ci si affida, qui da noi, per reclutare i futuri medici. Nessun test psicoattitudinale, non uno straccio di colloquio per accertare le predisposizioni, le attitudini specifiche, la «vocazione», che non appare un termine obsoleto e sorpassato, trattandosi di medici che dovranno rapportarsi alla malattia e al dolore, e confrontarsi non solo con «casi clinici», ma con «persone».

In mancanza, anche, di una valutazione legata al percorso degli studi superiori e al voto finale - almeno in alcune materie - è, dunque, alla prova d'ammissione che è affidata la funzione di «filtro». Ma basta scorrere la lunga sequenza di domande di cultura generale, incongrue, se non dissenate - improbabili anche se riguardate dal punto di vista della preparazione media degli studenti italiani - per rendersi conto quanto sia malsicuro e inadeguato. Può aiutare, per dire, a valutare i saperi scientifici degli aspiranti medici, le qualità cognitive connesse col ragionamento, la capacità di risolvere i problemi, la domanda sul nome dell'architetto che progettò la Reggia di Caserta? O sul limite massimo a cui si spinsero le conquiste di Alessandro Magno, che riuscì a sconfiggere il re persiano Dario III e a conquistarne il regno.

Si potrà davvero essere sicuri che gli studenti più motivati ad intraprendere gli studi medici sono quelli che ricordano quale «entità politica» - tra la Repubblica di Venezia, il Ducato di Parma, il Regno di Sardegna, lo Stato della Chiesa e il Granducato di Toscana - è sparita dalla geografia (sic) della penisola italiana dopo il Congresso di Vienna (1814-15)? O che sono in grado di dare un ordine cronologico ad alcuni eventi (lo scoppio della guerra civile spagnola, l'entrata in guerra dell'Italia nella prima guerra mondiale, la Rivoluzione d'ottobre, il crollo di Wall Street)?

E si potrà, ancora, essere certi che la scelta degli studenti «giusti» per la professione di medico possa avvenire sulla base della capacità di abbinare a Cesare Pavese (e non a Sandro Penna, Umberto Saba, Giuseppe Ungaretti, Salvatore Quasimodo) i versi «Verrà la morte e avrà i tuoi occhi». E, ancora, di ricordare in quale romanzo italiano è importante un albero di nespoli? O che i patriottici, ma non eccelsi versi della «Spigolatrice di Sapri» - Eran trecento, eran giovani e forti e sono morti, Sceser con l'armi e a noi non fecer guerra, ma s'inchi-

naron per baciare la terra - sono riconducibili alla sciagurata impresa di Carlo Pisacane e non ad altri consimili tentativi insurrezionali nel Risorgimento italiano?

Al di là di qualsiasi altra considerazione sulla capacità dei Test di fornire qualche indicazione sulle attitudini degli aspiranti medici, sulla loro capacità di «prendersi cura» e di comunicare, c'è da dire che a scorrere l'elenco delle domande di cultura generale, si ha l'impressione di trovarsi in un altro tempo e in un'altra scuola. Quanti studenti, anche tra i più brillanti, sono in grado di rispondere, in pochi minuti, a domande come queste, scelte, a caso, come le altre, tra quelle degli anni scorsi: «Contro la pratica diffusa delle detenzioni arbitrarie, una norma ha imposto la sollecita conduzione dell'imputato al cospetto di un magistrato che potesse, valutate le motivazioni dell'arresto, convalidarlo oppure annullarlo» (Placet, Non expedit, Exequatur, Habeas corpus, Dictatus papae)? E, ancora: «Come si definisce un provvedimento di carattere generale con il quale lo Stato rinuncia a punire i soggetti che hanno commesso dei reati o rinuncia ad eseguire la pena già comminata» (amnistia, indulto, grazia, indulgenza, perdono)?

Nello scorrere la lunga sequenza di domande, l'occhio cade sulla parola «stetoscopio». Una domanda sul ruolo che questo primo strumento diagnostico, inventato nel 1816, ha avuto nel trasformare la pratica della medicina e il rapporto medico-paziente? No. Il candidato doveva solo specificare a quale categoria di beni appartiene per la scienza economica. Un bene durevole, non durevole, strumentale, complementare o succedaneo?

Limitare gli accessi è indispensabile, si sa. Ma occorre ripensare a come fare. Da anni si parla di una modifica delle procedure per l'ammissione alle Facoltà di Medicina. Non se n'è fatto niente, ancora. In Italia, si sa, niente è più definitivo del provvisorio.



CONIUGARE PRESTAZIONI E SPESA

UNA RETE
SANITARIA

di SERGIO HARARI

È possibile affrontare il problema della spesa sanitaria senza che tutto si trasformi in polemica, tagli e controlli? Toccare la spesa sanitaria è sempre molto delicato, entrano in gioco molti fattori: l'aumento dell'età media della popolazione, la complessità dei malati, il costo dei farmaci più innovativi, l'appropriatezza delle prestazioni e, non da ultimo, i costi di una medicina ormai diventata «difensiva». Chi tra i medici non teme, facendo un esame in meno, che un domani qualcuno possa contestarlo e fargli causa? Meglio allora una radiografia in più e un contenzioso in meno. Spesso poi sono gli stessi pazienti a richiedere con insistenza accertamenti non strettamente necessari e non sempre è facile dire loro di no. Infine la «tecnomedicina», ovvero quella deviazione per la quale si crede che la tecnologia possa risolvere tutti i problemi di salute, gioca la sua parte negativa; gli esami devono, invece, essere mirati e interpretati dal medico nel giusto contesto clinico del singolo paziente. Come venirne fuori?

Forse una strada, difficile ma non necessariamente molto costosa, c'è. Oggi nella nostra regione abbiamo una importante rete ospede-

daliera di eccellenze ma esiste una forte frammentazione specialistica e un marcato distacco con il mondo della medicina generale. Più ospedali offrono le stesse prestazioni ultraspecialistiche con tecnologie avanzate e costose, così l'offerta talvolta eccede le reali necessità, mentre altre prestazioni restano difficili da reperire registrando lunghe liste di attesa. Integrare l'offerta in un piano strategico, consentendo a una struttura di eccellere e offrire il massimo in un certo settore tecnologico avanzato e a un'altra di sviluppare altre competenze, permetterebbe una razionalizzazione dell'offerta rispettando le necessità dei pazienti e concentrando certe competenze molto specialistiche. Un altro livello di intervento è l'integrazione del mondo ospedaliero con la medicina generale, due realtà oggi separate da una distanza che nuoce a tutti, malati, medici e amministratori. Riuscire a creare una rete assistenziale che metta realmente assieme ospedali, specialisti e medici di medicina generale risparmierebbe risorse, esami superflui e disagi per i malati; senza comunque dimenticare le altre azioni di miglioramento (appropriatezza delle prescrizioni, utilizzo di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi) che devono

essere sviluppate con spirito costruttivo e non coercitivo.

L'idea della rete sanitaria non è nuova, ma è difficile renderla operativa e concreta. Oggi non mancano però gli strumenti innovativi e le nuove tecnologie per poter integrare mondo ospedaliero e non: in questa direzione vanno i progetti di teleconsulto e telesorveglianza dei malati domiciliari più gravi o che vivono in aree più disagiate che sta sviluppando Regione Lombardia. Una rete, una volta a regime, migliorerebbe le competenze di alta specialità concentrandole e offrendole in una forma più organica e aiuterebbe i medici a sentirsi meno soli nelle loro scelte, diminuendo così la richiesta di esami superflui e garantendo ai cittadini una reale continuità delle cure.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità, la manovra Caro ticket stretta in arrivo sulle esenzioni

Reddito e condizioni di salute: nuovi parametri per redistribuire le tasse su farmaci e prestazioni

Maria Pirro

Sono invalidi, guadagnano poco, lamentano patologie croniche, da anni sono disoccupati senza riuscire a cambiare la propria condizione. E così non sborsano un centesimo. Neppure mettono mano al portafoglio. In Campania è record di cittadini che non pagano medicine, visite ed esami. Ma la misura «extra-large», di solidarietà sociale, non è più sostenibile: si va verso l'ampliamento della fascia di persone chiamate a pagare un ticket (anche poco più che simbolico) su terapie e prestazioni. «Di media, in Italia il numero di utenti che hanno diritto all'esenzione non supera il 65 per cento, ma a Napoli e nelle altre province il totale sfiora l'85 per cento», fa notare il subcommissario regionale alla sanità, Giuseppe Zuccatelli. Ciò significa che se non si modificano le categorie di esenzione, l'effetto di ogni sorta di ticket è neutralizzato in partenza.

Obiettivo della Regione è redistribuire equamente la compartecipazione alla spesa attraverso sovrattasse differenziate in relazione al reddito e alle condizioni di salute. Diversi i provve-

dimenti al vaglio: l'introduzione di vari livelli di agevolazione in base allo stipendio percepito e alle percentuali di inabilità al lavoro, periodi limitati per le misure di sostegno (12 mesi, ad esempio, per familiari a carico di lavoratori in cassa integrazione), distribuzione gratuita dei farmaci solo per la patologia cronica che dà diritto all'esenzione.

Il giro di vite è l'altra faccia della medaglia nella bozza di decreto commissariale che introduce una sovrattassa da 50 centesimi a un 1 euro per ritirare i farmaci (fino al 31 dicembre 2011), tetto massimo elevato a 46.15 euro per i servizi in regime ambulatoriale (fino al 31 dicembre 2010), "quota fissa" da 5 a 10 euro per l'assistenza termale. Nuove tariffe e misure potrebbero comunque subire modifiche prima del via alla manovra. «Il ticket - chiarisce Zuccatelli - è una delle tante azioni previste. Più importante è il riordino della rete ospeda-

liera, ma la riorganizzazione prevede anche azioni sul personale perché siano rispettati i tetti nei pagamenti delle indennità stabiliti dalle normative contrattuali, l'acquisto di forma collettiva di beni sanitari e non, azioni sulla spesa farmaceutica attraverso l'appropriatezza delle prescrizioni sia da parte dei medici di famiglia sia dei medici degli ospedali e dei policlinici».

Si dichiara subito favorevole alla revisione delle categorie di esenzione Giuseppe Tortora, vicepresidente del Sindacato medici italiani: «È giusto che chi ha un reddito medio-alto partecipi alla spesa: in taluni quartieri quasi nessuno paga il ticket. Ma il governatore Caldoro farebbe bene anche ad ascoltare le nostre proposte prima di adottare provvedimenti di impatto notevole». Tortora lancia poi l'allarme in relazione al-

lo sciopero dei farmacisti, che da lunedì porterà allo stop nella distribuzione gratuita delle medicine: «Cresce l'ansia tra i pazienti, abbiamo già emesso il 30% in più di ricette».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Zuccatelli**

«In Campania record di utenti esclusi dal pagamento delle prestazioni»

La bozza del decreto**IN FARMACIA**

Ticket aggiuntivo da 0,50 centesimi a 1 euro per ciascuna ricetta. Provvedimento transitorio: previsto fino al 31 dicembre 2011. Un ulteriore aggravio di 1 euro e 50 centesimi per confezione sino a un massimo di 3 euro per ricetta, nel caso di multiprescrizioni

**IN AMBULATORIO**

Sovrattassa regionale sino a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica (diagnostiche, strumentali, terapeutiche, riabilitative) assicurate in regime ambulatoriale. Il tariffario è elevato sino al tetto massimo di 46,15 euro per ciascuna ricetta, e il provvedimento previsto fino al 31 dicembre 2010

**L'ASSISTENZA TERMALE**

Quota fissa che oscilla dai 5 ai 10 euro per ciascuna ricetta

**AL PRONTO SOCCORSO**

Giro di vite nella riscossione del ticket di 25 euro (già introdotto a livello nazionale) per i cosiddetti codici bianchi, ossia le prestazioni improprie assicurate al pronto soccorso

**LA SPESA AGGIUNTIVA**

Il dispositivo di compartecipazione alla spesa riguarda tutti i cittadini della Campania ma varia a seconda delle categorie di esenzione

**L'ESENZIONE DAI TICKET**

Prevista la modifica delle categorie di esenzione, in linea le più restrizioni già adottate in altre Regioni

**LE VERIFICHE IN CORSO**

La bozza del decreto potrebbe essere modificata: ulteriori verifiche sono in corso

**L'anticipazione**

Sul Mattino di ieri la bozza del decreto che sarà varato dalla giunta regionale per ripianare il debito della sanità in Campania. Aumenta il ticket sui medicinale (da cinquanta centesimi a un euro) e si pagherà un extra anche per le cure termali.

Dopo la rissa in sala parto

Aborto in bagno: 7 indagati a Messina

DRAMMA Denuncia a Roma: «Bimbo morto per una lite tra ostetriche». La procura apre un'inchiesta

Natale Bruno

Messina Un ospedale nella bufera: è il Policlinico universitario di Messina. Dopo la lite tra due medici in sala parto, durante la quale la gestante ha rischiato di morire assieme al suo bambino, e la morte sospetta di Giovanna Panarello, 60 anni, ricoverata lo scorso 24 agosto per dolori addominali e morta tre giorni dopo, adesso emerge un altro caso di malasanità. Sarebbe avvenuto all'inizio dell'estate, a giugno. Riguarda una donna di 37 anni che, ricoverata nel reparto di ostetricia e ginecologia, aveva programmato un aborto terapeutico per le gravi malformazioni del feto che portava in grembo. La donna sarebbe stata costretta a partorire nel bagno della sua stanza, aiutata dalla madre e senza alcuna assistenza da parte dei medici. La procura della Repubblica di Messina ha avviato un'inchiesta per accertare i fatti. Sette persone tra medici e personale paramedico sono stati iscritte sul registro degli indagati.

Sull'episodio è stato presentato un esposto. La paziente ricoverata per essere sottoposta ad un aborto, la notte tra il 11 e il 12 giugno inizia ad avere delle contrazioni. In quel momento però nel reparto non ci sono medici. La donna chiede aiuto, chiama ripetutamente un infermiere del reparto che però allarga le braccia e spiega che l'operazione deve essere rimandata al giorno dopo. Dice, secondo quanto ha riferito

la donna, che nessuno dei medici di guardia poteva intervenire in quanto tutti obiettori di coscienza: l'aborto quindi sarebbe stato praticato da un altro medico, ma a distanza di 12 ore. A notte fonda gli eventi, però, sono precipitati e la donna ha partorito, senza alcuna assistenza dei sanitari, in bagno. Con accanto solo la

propria madre. Dopo la denuncia della donna, l'avvio dell'indagine.

Policlinico dunque sempre più nel occhio del ciclone. A tentare di gettare acqua sul fuoco, chiedendo di non generalizzare, è il professore Manlio Magistri, direttore sanitario dell'ospedale, da due giorni commissario dell'Unità di Ostetricia e Ginecologia al posto del professor Domenico Granese, che è stato sospeso dopo la lite tra due medici. Magistri torna sul caso della rissa in sala parto: «Questo - spiega - non è un caso di malasanità, ma un episodio che coinvolge dei singoli. Ritengo che chi ha sbagliato deve pagare, ma non per questo bisogna generalizzare».

Il neo commissario dell'Unità di ostetricia, il reparto sotto i riflettori, puntualizza: «È giusto che si faccia chiarezza sulla vicenda e siamo fiduciosi sull'operato della magistratura. Ma qui ci sono professionalità di rilievo nazionale e internazionale e non deve accadere che per colpa di pochi sia screditata tutta l'azienda». Duro il parere del presidente dell'Ordine dei medici di Messina, Giacomo Caudo: «Agiremo con tempestività, per garantire nel più breve tempo possibile l'adozione di provvedimenti adeguati alle responsabilità di chi ha sbagliato. Senza essere giustizialisti né garantisti».

Nel frattempo arriva un altro giallo in sala parto, un altro litigio, questa volta fra le ostetriche: sarebbe successo a Roma il 28 agosto e i genitori, disperati per la morte del figlioletto, accusano e hanno presentato denuncia; sarà la magistratura a indagare. Secondo il *Messaggero*, il padre dice «Voglio giustizia e verità, per me ci sono state delle negligenze». Invece il primario dell'ospedale Casilino sostiene che l'uomo è «suggerito dal caso di Messina», lo scandalo della sala parto dove il litigio fra due medici avrebbe fatto ritardare un cesareo con pesanti conseguenze per la mamma e il neonato. La procura ha comunque deciso di aprire un'inchiesta. Per il momento non ci sono indagati.



Piano di rientro, riprende il confronto con il governo

BARI — E' un settembre caldo quello che si preannuncia sul fronte sanitario. «Domani riprenderemo a discutere con i rappresentanti del governo centrale», dice l'assessore regionale alla Sanità Tommaso Fiore. Dal 6 agosto, da quando Nichi Vendola, obbedendo al diktat del ministro dell'Economia Giulio Tremonti, ha inviato una lettera a tutti i direttori generali delle Asl pugliesi per sospendere le delibere dei processi di internalizzazione, «ho fatto vari tentativi per parlare con Roma - spiega Fiore - senza ottenere riscontri significativi». Un silenzio figlio delle ferie piuttosto che di una mancanza di volontà di ascolto da parte del governo. Uno dei nodi da sciogliere alla ripresa resta quello del destino dei circa seicento internalizzandi delle Asl di Lecce e Brindisi, dove, nonostante le delibere fossero già state adottate, non si è ancora proceduto a nuove assunzioni. «Intendiamo

Gli «internalizzandi»

Un nodo da sciogliere resta il destino dei lavoratori da stabilizzare

onorare le vecchie delibere - puntualizza Fiore - perché queste fanno riferimento a diritti soggettivi già costituiti.

Tuttavia in questa fase interlocutoria abbiamo preferito non forzare la mano rispetto alla posizione assunta da Tremonti che a noi sembra non il frutto di un'emergenza strutturale ma di una polemica politica del tutto strumentale». Le organizzazioni sindacali sono sul piede di guerra per tutelare gli interessi di questi lavoratori finiti in una specie di limbo. Intanto la Regione ha ripreso a lavorare al piano di rientro dal deficit sanitario dopo la proroga concessa da Tremonti, che ha fissato il termine di presentazione del documento al 15 ottobre. «Dal 20 agosto siamo di nuovo in movimento per approvare il piano - conclude Fiore -. Il percorso è lungo e complesso ma va avanti. Vogliamo dimostrare a Tremonti, che ci ha negato la firma, che siamo persone serie».

S. F. Lat.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità Le farmacie confermano lo sciopero. Di Iorio: necessario

Ufficiale, dal 6 settembre i medicinali si pagheranno

NAPOLI - A partire dal prossimo 6 settembre i cittadini saranno costretti a pagare di tasca propria le medicine in tutte le farmacie di Napoli e Provincia, chiedendo, poi, direttamente il rimborso all'Asl. La decisione di passare all'assistenza indiretta è stata confermata dal consiglio direttivo di Federfarma Napoli riunitosi lunedì sera. Secondo quanto è scritto in una nota, giovedì prossimo, all'assemblea straordinaria degli oltre 750 titolari di farmacia napoletani, spetterà la ratifica della decisione assunta. Motivo della protesta l'annosa questione del ritardo nei pagamenti da parte delle Asl: i titolari di farmacia, infatti, vantano crediti nei confronti delle Asl ormai risalenti a febbraio 2010. In pratica, nell'anno in corso, è stata saldata un'unica mensilità delle otto maturate. In totale il credito delle farmacie napoletane è di circa 300 milioni di euro, sommando quelli delle Asl Napoli 1, Asl Napoli 2 ed Asl Napoli 3.

Per rendere note alla cittadinanza le problematiche dei titolari di farmacia napoletani, - prosegue la nota - dal primo agosto è stato affisso un manifesto in tutte le farmacie che preannuncia il passaggio all'assistenza indiretta. «Profondo disappunto e preoccupazione - commenta Michele

Di Iorio, presidente di Federfarma Napoli - sono questi i sentimenti che scusano l'incapacità dell'amministrazione regionale e delle Aziende Sanitarie di mantenere fede a impegni spesso disattesi e difficili da rendere comprensibili ai Titolari di farmacia, i quali sono attualmente schiacciati tra la pubblica amministrazione che non paga e i fornitori privati che richiedono i pagamenti peraltro comprimendo le dilazioni di pagamento». «Conseguenza di questa situazione insopportabile e paradossale - continua Di Iorio - è il continuo ricorso da parte dei titolari ad un sistema finanziario sempre più diffidente verso i crediti sanitari». «Le recenti nomine dei nuovi commissari delle ASL poco hanno inciso sulle ipotesi di soluzione di un problema strutturale oltre che economico - evidenzia il presidente di Federfarma - la decisione assunta dai titolari di farmacia di passare all'indiretta, pur sofferta, risulta da un lato inevitabile perchè dettata dalla impossibilità di finanziare senza certezze per il futuro la spesa farmaceutica, dall'altro vuole rappresentare uno stimolo a una rinnovata Regione e alle rinnovate aziende sanitarie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Infermieri contesi tra ospedali

Tivoli Personale ridotto all'osso: Subiaco chiede indietro i paramedici «prestati»

Antonio Sbraga

■ La carenza di divise bianche sta debilitando l'ospedale di Tivoli, che continua a chiedere «trasfusioni» di infermieri dagli altri cinque nosocomi dell'Asl RmG. Dopo i reparti, infatti, anche il Pronto soccorso dell'unico Dipartimento d'emergenza e accettazione di primo livello nell'intera Asl ha chiesto la disponibilità ai paramedici delle altre strutture della RmG per coprire turni da 12 ore nel servizio navetta interna e trasporti d'emergenza del Centro mobile di rianimazione aziendale, con ranghi ridotti dalle ferie e dal blocco del turn-over. Ingaggi a gettone degli infermieri delle altre strutture quasi obbligati perché i paramedici tiburtini stanno esaurendo il monte orario di turni straordinari consentiti.

«Il problema più grande arriverà a metà settembre, visto che i lavoratori sono vicini al tetto massimo delle 180 ore», spiegano fra le corsie del San Giovanni Evangelista. Dove, secondo una stima della Uil, mancano complessivamente 80 paramedici, soprattutto nei reparti di Pediatria, Neonatologia e Medicina (e intanto continuano ad essere accorpati Chirurgia e Otorinolaringoiatria). Per tentare di fronteggiare l'emergenza nel mese scorso il nosocomio tiburtino ha preso in «prestito» alcuni infermieri dal reparto di Ostetricia dell'ospedale di Subiaco, chiuso da oltre due anni. Ma ora dal nosocomio sublacense chiedono la «restituzione» dei loro paramedici. «Il personale infermieristico del presidio ospedaliero di Subiaco è appena sufficiente a coprire i turni di servizio - scrive la Cgil - anche

perché il reparto chiuso in realtà è operante in quanto si fa carico di assistere le pazienti dei reparti di Medicina, Chirurgia e Geriatria che non trovano posto vista la drastica riduzione dei letti nell'ospedale montano della Valle dell'Aniene».

L'Asl RmG il mese scorso ha perso anche 12 infermieri ingaggiati nel maggio del 2009 per l'emergenza dell'influenza A: dalla Regione si è atteso invano il via libera per il prolungamento dei loro contratti. Mancano i fondi e l'azienda non è in grado di provvedere neanche alle sostituzioni nelle corsie: all'inizio di agosto ha inviato i telegrammi agli infermieri in attesa ancora in graduatoria. Ma ha potuto acquisire soltanto la loro disponibilità. Per la sottoscrizione dei contratti serve il nullaosta regionale, che l'Asl attende dallo scorso novembre anche per il semplice passaggio di 7 infermieri dichiarati idonei con un'apposita selezione interna. Ma a Tivoli è in stand-by da ben due anni anche l'attivazione del reparto di Emodinamica, bloccata a causa di una gara sbagliata.

