

SANITÀ. Russo: saremo trasparenti. Protesta degli abitanti di Lipari

Chiusura dei punti nascita Al vaglio i criteri per le deroghe

●●● Il decreto sui punti nascita in Sicilia ancora al centro dei lavori della Commissione Sanità dell'Ars. Il presidente, Giuseppe Laccoto, ha detto no alla chiusura dei reparti di ostetricia nelle isole minori: «Le mamme di Lipari non possono essere penalizzate dalla marginalità territoriale». Il decreto, la cui pubblicazione è stata sospesa dopo le proteste, prevede il taglio di 23 punti nascita che effettuano meno di 500 parti all'anno. Sono previste le deroghe per Bronte, Mussomeli, Nicosia, Santo Stefano di Quisquinia, perché le strutture si trovano in zone difficilmente

raggiungibili. La Commissione chiede che vengano approfonditi i criteri utilizzati per le deroghe. E proprio su questo punto arrivano timide aperture dall'assessore alla Salute, Massimo Russo: «Non ho alcuna preclusione, seguendo un criterio trasparente e razionale, a modificare o cancellare quelle deroghe. Chiedo però alle mamme se preferiscono partorire in una struttura sicura o vicino a casa ma senza i requisiti di sicurezza?». Aperture, quelle di Russo, che fanno dire ai deputati del Pdl Nino Germanà e Vincenzo Garofalo di essere «compiaciuti per il cambio

di rotta del governo Lombardo». Russo, intanto, ricorda che il ministero della Salute destinerà 20 milioni di euro per dare vita a un progetto «isole minori» del quale la Sicilia sarà capofila. A difendere il decreto un mese fa era intervenuto anche il Congresso nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia perché «si tratta di una misura indispensabile per garantire la sicurezza delle mamme e dei neonati». Sit in degli abitanti di Lipari ieri davanti a Palazzo d'Orleans. Una delegazione di circa 300 eoliani ha protestato per salvare il punto nascita dell'isola. (GVA)



Il boom degli obiettori

“Tra cinque anni in Italia non si potrà più abortire”

Allarme dei medici per la 194: “Siamo rimasti in 150”

“Costretti a fare solo interruzioni di gravidanza, la legge deve essere cambiata”

MARIA NOVELLA DE LUCA

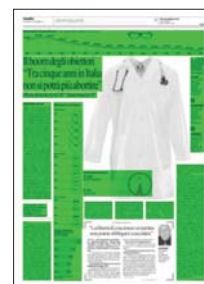
ROMA — Ha fatto dimezzare gli aborti e reso le coppie più consapevoli verso la maternità. Ha spezzato la clandestinità e spinto fuori dal silenzio il dramma secolare di milioni di donne. Adesso però la legge 194 rischia di scomparire. Nell'arco di cinque anni o poco di più. Travolta da un esercito di obiettori (il 70,7% dei ginecologi) che hanno desertificato i reparti di interruzione volontaria di gravidanza, mentre per i pochi medici non obiettori la vita è diventata una trincea: emarginati, vessati, costretti a fare soltanto aborti e a turni massacranti, penalizzati nella carriera. «Ho smesso perché non ce la facevo più — racconta M. G. ginecologa — lavoro in un ospedale pubblico delle Marche, dove la direzione sanitaria ha fatto dell'obiezione di coscienza la sua bandiera. Otto anni senza ferie, senza potermi occupare di né di parti né altri interventi, solo e soltanto aborti. Nel gelo e nel disprezzo degli altri colleghi, come fossi una ladra. Ho avuto un esaurimento. Ho detto basta. Adesso il servizio Ivg è chiuso». Infatti. I non obiettori sono ormai uno sparuto drappello il cui numero si assottiglia sempre di più. E se in Italia diventerà difficilissimo assicurare le interruzioni di gravidanza entro il terzo mese, sarà quasi impossibile effettuare gli aborti terapeutici. Ossia quelli più difficili e dolorosi, che seguono alla diagnosi di una malformazione del feto.

È l'allarme che arriva dai ginecologi della «Laiga», (Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della 194) che domani si riuniranno nel primo convegno nazionale a Roma. «Nei prossimi cinque anni — spiega Silvana Agatone presidente della Laiga — molti di noi, medici non obiettori, andranno in pensione. Già adesso non siamo più di 150, ci

sono interi ospedali del Sud privi di reparti di interruzione di gravidanza, perché la totalità di ginecologi, anestesisti, paramedici ha scelto l'obiezione di coscienza». E se per effettuare gli aborti nelle prime 12 settimane gli ospedali ricorrono a personale esterno, questo non è possibile quando si tratta di aborti oltre la ventesima settimana, per i quali servono medici “strutturati”, ossia in organico all'ospedale stesso. «Ma quasi tutti i nuovi assunti — aggiunge Agatone — subito dopo aver ottenuto il posto fanno obiezione di coscienza, alcuni per scelta ma molti per la carriera e per non finire in un “confino” dove si fanno soltanto aborti. Così i servizi si svuotano, le donne emigrano o approdano di nuovo alle cliniche clandestine».

Con il paradosso che mentre cresce sia la ricerca che il business della medicina prenatale, in grado di diagnosticare le anomalie del feto, aggiunge Anna Pompili, ginecologa e docente all'università «La Sapienza», «le donne dopo aver saputo che il loro bimbo sarà affetto da gravi patologie, restano sole, non sanno dove andare». Spesso infatti gli stessi medici che hanno fatto l'indagine sono obiettori e dunque se ne disinteressano.... Non solo. «Nelle scuole di specializzazione — sottolineano i medici della Laiga — non si insegna più come fare una interruzione di gravidanza, quasi non se ne dovesse parlare, così i ginecologi imparano uno dall'altro, in modo empirico, e questo crea seri pericoli per le donne».

E i rischi per le donne sono testimoniati dai dati: mentre gli aborti entro le 12 settimane diminuiscono di anno in anno, (52,3% in meno dal 1982), il numero degli aborti terapeutici cresce, passando dal 2,7% del 2007, al 3% del 2009, ma, dice ancora Anna Pompili, «la percentuale potrebbe essere addirittura doppia, visto il numero delle donne che abortiscono all'estero». E a 30 anni dal referendum che nel 1981 confermò la legge 194, oggi in Italia la situazione è assai peggiore di allora. Basta ascoltare le denunce delle donne. «Sono stata lasciata sola e in travaglio perché il medi-



co non obiettore aveva finito il suo turno, e gli obiettori non mi hanno assistita» (Napoli). «Schemita e aggredita da un'infermiera del Movimento per la Vita». (Roma). «Senza antidolorifico perché il medico di guardia era obiettore» (Milano). «Costretta a vedere il mio bambino» (Ascoli Piceno). Ma anche testimonianze positive: «Ho abortito alle ventiduesima settimana, l'ostetrica mi teneva la mano, l'infermiera mi abbracciava, non le ringrazierò mai abbastanza» (Napoli). Storie e voci che non si dimenticano. Di una legge ormai però quasi inapplicabile. Spiega infatti Marilisa D'Amico, docente di Diritto Costituzionale. «Domani annunceremo un ricorso contro l'interpretazione troppo rigida della norma sull'obiezione di coscienza, che oggi viola diversi punti della Costituzione. Dall'articolo 3 sulla ragionevolezza della norma, all'articolo 32 sulla salute della donna, fino alla dignità della persona».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le tappe

LA LEGGE

La "194" viene approvata il 22 maggio del 1978: legalizza l'interruzione volontaria di gravidanza



IL REFERENDUM

Nel 1981 dopo una battaglia tra laici e cattolici la legge viene confermata con un referendum



L'OBIEZIONE

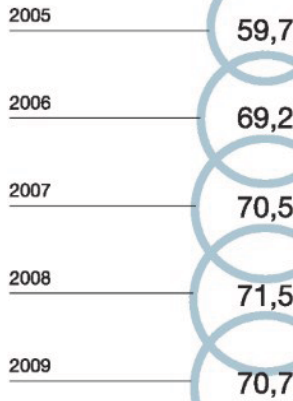
All'articolo 9 la legge prevede che sanitari e personale ausiliario possano fare obiezione di coscienza

Interruzioni di gravidanza Donne residenti, italiane e straniere, tra i 15 e i 49 anni

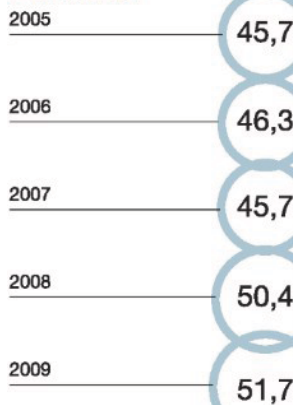


Obiezione di coscienza

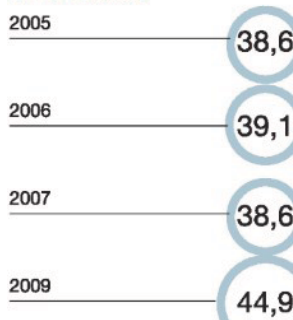
Ginecologi



Anestesisti

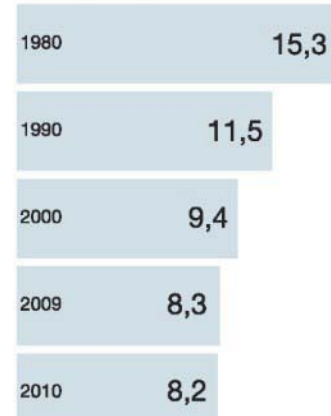


Paramedici



Tasso di abortività

Per 1000 donne residenti, italiane e straniere, tra i 15 e i 49 anni



Fonte: Relazione al Parlamento sulla 194, 2011

Luogo dell'intervento

91,9%
ISTITUTO PUBBLICO

8,1%
CASA DI CURA



L'intervista

“La libertà di coscienza va tutelata non potete obbligarci a uccidere”



I CATTOLICI

Giuseppe Noia è presidente dell'Associazione Medici Cattolici

ROMA — Giuseppe Noia, presidente dell'Associazione Ginecologi Cattolici. In Italia oltre il 70% dei medici si dichiara obiettore di coscienza. Scelte etiche o strumentali...

«L'obiezione di coscienza attiene alla libertà dell'uomo e deve essere tutelata. Ma anche io credo che non tutte le “obiezioni” derivino da un convincimento etico».

Da cattolico lei ritiene comunque legittima la legge 194?

«Credo nel dialogo e non nel fondamentalismo. Ma ci sono troppi “silenzi” scientifici intorno alla legge 194. Le gravi depressioni delle donne, il lutto che le accompagna dopo un aborto, soprattutto se terapeutico».

Circa il 3% di tutti gli aborti.

«Sì, ma fino a qualche anno fa erano lo 0,5%. E si tratta di aborti eugenetici».

Questi bimbi avrebbero però sindromi gravissime...

«Questo non ci autorizza ad ucciderli. Al Gemelli abbiamo un centro unico, l'hospice perinatale. Qui i genitori che scelgono di far nascere bimbi di cui conoscono le gravi condizioni, possono serenamente accompagnarli alla morte. Vivono il loro dolore, ma sono pronti a ricominciare. E spesso dopo pochi mesi scoprono di attendere un nuovo bambino».

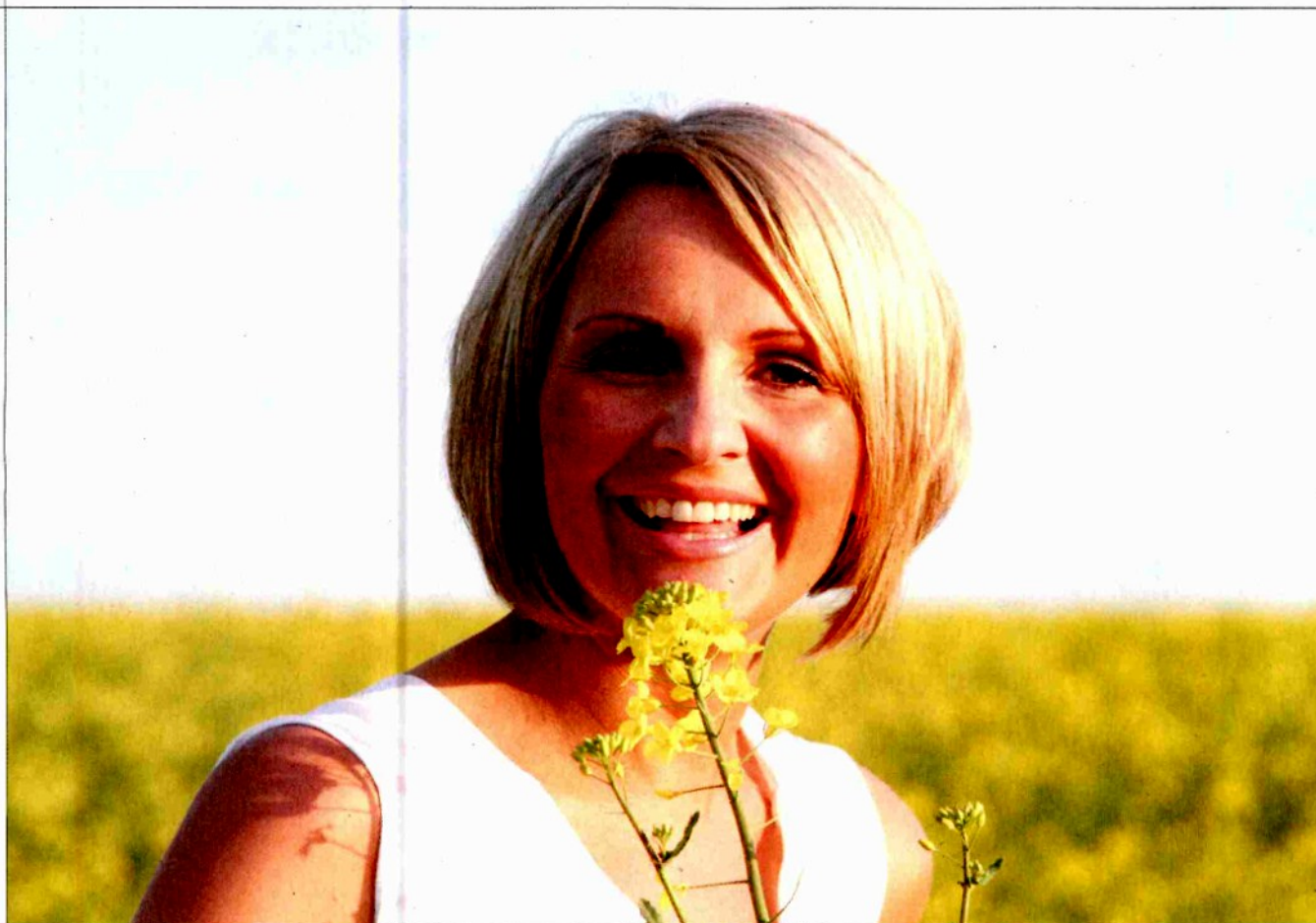
(m. n. d. l.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MEDICINA

Prevenzione femminile



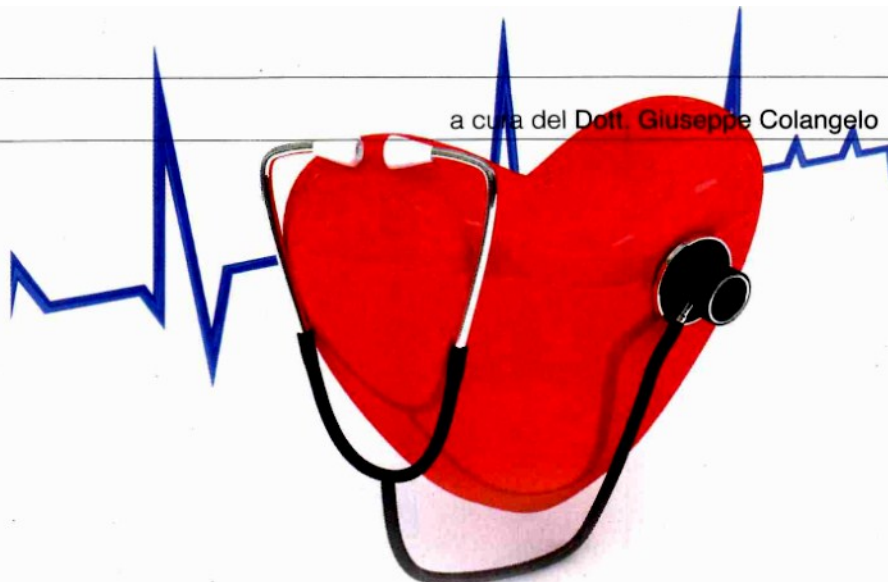
PREVENZIONE al femminile

LA MENOPAUSA NON È UNA MALATTIA MA UNA FASE FISIOLÓGICA DELLA VITA DI UNA DONNA DOVUTA A CAMBIAMENTI NELL'ASSETTO ORMONALE, CARATTERIZZATA DALLA PERDITA DELLA CAPACITÀ RIPRODUTTIVA PER CUI L'ORGANISMO FEMMINILE NON È PIÙ IN GRADO DI ESERCITARE LA FUNZIONE RIPRODUTTIVA E DI MANTENIMENTO DELLA SPECIE.

a cura del Dott. Giuseppe Colangelo

La menopausa non è una malattia ma una fase fisiologica della vita di una donna dovuta a cambiamenti nell'assetto ormonale, caratterizzata dalla perdita della capacità riproduttiva per cui l'organismo femminile non è più in grado di esercitare la funzione riproduttiva e di mantenimento della specie.

Nel corso dei secoli, grazie ad esempio ai progressi della scienza e della tecnica, si sono verificati notevoli cambiamenti socio-demografici all'interno



delle popolazioni caratterizzate da riduzione della natalità, diminuzione della mortalità totale, aumento dell'aspettativa di vita e quindi aumento della percentuale di donne nella popolazione generale ed in particolare nell'età anziana.

Tutto ciò ha comportato un notevole aumento del numero complessivo di donne in menopausa e di conseguenza un considerevole impatto socio-economico in quanto attualmente una donna trascorre in media un terzo della propria vita nel periodo della menopausa.

Gli studi e le ricerche confermano che dopo la menopausa aumenta il rischio di problemi cardiovascolari.

L'Istituto Superiore di Sanità stima che almeno il 70% delle donne italiane in menopausa siano a rischio-

La menopausa rappresenta pertanto un vero e proprio giro di boa per il sistema cardiovascolare femminile.

La maggiore vulnerabilità alla malattia cardiovascolare della donna in menopausa è principalmente dovuta alla brusca interruzione degli estrogeni, gli ormoni femminili. Gli estrogeni infatti hanno un effetto vasodilatatore, riducono il colesterolo, proteggono dal diabete ed hanno un effetto benefico sul metabolismo femminile.

In particolare con la caduta degli estrogeni, viene meno quella "barriera difensiva" attiva durante tutta l'età fertile e aumentano i fattori di rischio, aumento ponderale, ipercolesterolo-



lemia e ipertensione La mancanza di estrogeni comporta un aumento del colesterolo LDL – quello “cattivo”, che tende ad accumularsi nelle arterie e a formare pericolose placche aterosclerotiche - a scapito della produzione di colesterolo HDL – quello “buono” - che al contrario tiene pulite le arterie.

Il colesterolo HDL si riduce, mentre l'LDL aumenta, accumulandosi nelle arterie e bloccando il flusso del sangue, con conseguente innalzamento del rischio di infarto e ictus. Anche la pressione arteriosa subisce le conseguenze del crollo della protezione estrogenica e sale. La carenza di estrogeni ha infatti importanti ripercussioni sull'endotelio, il tessuto che riveste internamente i vasi sanguigni e che produce sostanze vasodilatatrici e vasoconstrictrici, in equilibrio fra loro.

Tutto ciò è estremamente importante perché per tanti anni si è creduto che la malattia cardiovascolare riguardasse soltanto il sesso maschile e non la donna, comportando un inappropriato approccio e trattamento di questa malattia nella donna.

Le evidenze scientifiche invece confermano il contrario: la malattia cardiovascolare, più che il tumore, rappresenta, nei Paesi industrializzati, la più frequente causa di mortalità e morbilità anche nel sesso femminile, in particolare nelle donne in menopausa.

Alla luce di quanto semplicemente detto, nell'ambito di una corretta e proficua prevenzione è estremamente importante raccomandare alle donne, soprattutto in menopausa, un buon controllo dei principali fattori di rischio e un corretto stile di vita cioè smettere di fumare (anche le “piccole” fumatrici, da 1 a 4 sigarette al giorno, hanno un rischio più del doppio di



sviluppare malattia coronarica rispetto alle donne che non fumano), fare un'attività fisica regolare, privilegiare un'alimentazione corretta e mantenere il peso sotto controllo, non soltanto per ridurre un potenziale rischio car-

diovascolare già esistente, ma anche perché uno stile di vita sano può impedire ai fattori di rischio più importanti di svilupparsi e aumentare ancora di più soprattutto nel periodo della menopausa.

La menopausa è il momento fisiologico che nella donna corrisponde al termine del ciclo mestruale e quindi della fertilità.

Il termine menopausa deriva dal greco men (mese) e pausis (fine). Con la parola climaterio (dal greco klimactèr= passaggio/scalino) si indica, invece, un periodo più lungo che comprende i mesi che precedono e seguono la menopausa.

In genere la menopausa si verifica tra i 45 ed 55 anni di età, ma non sono rare menopausa precoci e tardive.



R2

Sorpresa, il cervello migliora dopo i 55 anni

I ricercatori dell'università di Montreal hanno scoperto che la materia grigia non perde colpi, tutt'altro. Gli anziani compensano la minor velocità con reazioni più ponderate. E l'efficienza risulta equivalente

Cervello

Al top dopo i 55 anni è la rivincita dei saggi

I giovani possono apparire più svegli ma amministrano peggio le loro risorse mentali dal nostro corrispondente

ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA

BUONE notizie per chi ha 55 anni o più: chi va piano, vasano e va lontano. O meglio, poiché i 55enni odierni sono tutt'altro che lenti, non necessariamente chi corre più veloce vince la gara. Affermazioni del genere possono far venire in mente la celebre favola di Esopo sulla tartaruga e la lepre.

Ma adesso trovano una conferma scientifica: il cervello degli "over 55" funziona in modo più efficiente di quello dei giovani. Non è in discussione l'intelligenza, bensì l'uso che facciamo della nostra materia grigia: e il verdetto sembrerebbe riflettere il luogo comune secondo cui, invecchiando, si acquista maggiore esperienza e si diventa più saggi.

A sostenerlo è una ricerca dell'Institute of Geriatrics dell'università di Montreal, in Canada. Gli studiosi hanno

messo a confronto attraverso una serie di test due gruppi di volontari, uno composto da persone tra i 55 e i 75 anni, l'altro da uomini e donne molto più giovani. Analizzando le reazioni cerebrali con uno scanner, gli scienziati canadesi hanno scoperto che l'attività del cervello reagisce in modo radicalmente differente a seconda dell'età: davanti ad un errore, i più giovani attivano immediatamente certe parti del cervello per decidere come aggiustare la loro strategia e cosa fare alla mossa successiva; mentre i più vecchi prendono tempo, attivando quelle parti del cervello solo dopo averci ragionato sopra un po'. In altre parole, senza spaventarsi per uno sbaglio, conservando energia e valutando bene tutti i fattori, prima di procedere.

Benché entrambi i gruppi abbiano concluso l'esperimento praticamente con lo stesso risultato, ovvero con lo stesso numero di errori, e nonostante il gruppo più anziano abbia impiegato più tempo a completarlo, gli autori della ricerca ritengono che ciò dimostri un migliore utilizzo delle risorse intellettuali di cui disponiamo. Più giovani possono dare l'impressione di essere più svegli,

perché rispondono a una domanda o a un problema più rapidamente (la lepre di Esopo).

Ma questo può essere un segno di inesperienza più che di saggezza, e la reazione dei più anziani indica maggiore maturità e riflessione (la tartaruga). La vittoria, insomma, dell'esperienza sulla giovinezza.

«Il cervello più vecchio sa che non si ottiene niente agendo d'impulso», osserva il professor Oury Monchi, che ha guidato la ricerca. «E ora abbiamo una prova neurobiologica che l'esperienza cresce con il passare degli anni, che più il cervello invecchia, più impara a meglio amministrare le sue risorse. Essere capaci di correre più in fretta non sempre aiuta a vincere la corsa, per vincere devi soprattutto sapere come usare al meglio le tue capacità. La favola della tartaruga e della lepre — conclude lo studioso — evoca le caratteristiche positive dell'invecchiamento, ricordandoci che un cervello più vecchio ha maggiore fiducia in se stesso ed è meno spaventato dalle critiche». Prima che i 55enni festeggino, tuttavia, conviene ricordare che Esopo scrisse anche la favola della volpe e dell'uva: quando non riesci a prendere qualcosa — l'eterna giovinezza, per esempio — fingi che non sia poi così importante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le tappe dello sviluppo

3-4 settimane

dopo il concepimento il cervello comincia a formarsi

tra i **6** e **9** mesi

tutte le **aree cerebrali** sono perfettamente delineate

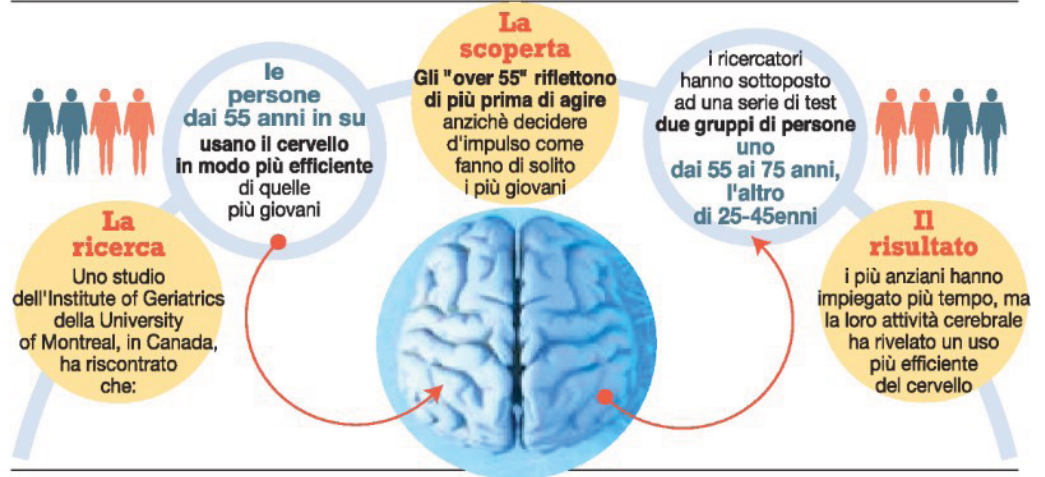
20 anni

il cervello raggiunge il **massimo del suo peso**

10 per cento

del suo peso può essere perso con l'invecchiamento

La perdita di neuroni viene di norma compensata dall'arricchimento delle connessioni dei neuroni circostanti



Il caso

Finora si pensava che restasse immutato tutta la vita. Non è così

Quoziente d'intelligenza così cambia col tempo

ROMA

Si pensava che restasse immutato per tutta la vita. Invece anche il quoziente intellettivo può variare, e con esso la densità della materia grigia che usiamo per compiere le operazioni logiche, matematiche o linguistiche più raffinate. Se ne sono accorti i neuroscienziati della fondazione britannica Wellcome Trust, che hanno sottoposto al test dell'intelligenza - e in seguito a una risonanza magnetica per osservare le strutture interne del cervello - un gruppo di 33 adolescenti. La batteria di quiz è stata ripetuta quando i volontari avevano tra i 12 e i 16 anni e poi quattro anni più tardi. Anziché restare costanti, i risultati sono cambiati in meglio o in peggio anche di 20 punti (la media di un test di intelligenza si attesta attorno ai 100 punti).

Lo studio, che appare oggi sulla rivista *Nature*, conferma che il cervello non è un organo rigido - come si insegnava in passato ai giovani medici - ma resta plastico per buona parte della vita. «Come avviene per lo sport, un ragazzo in forma a 14 anni può non esserlo più a 18, se si impigrisce. E viceversa» spiega l'autrice principale dello studio, Cathy Price.



Farmaci: gli immigrati non incidono sulla spesa Il 50% degli stranieri ne consuma uno all'anno

DA FIRENZE

In Italia vivono quasi 5 milioni di immigrati, ovvero il 7,2% della popolazione residente. Producono l'11,1% della ricchezza nazionale, ma incidono sulla spesa farmaceutica complessiva solo per il 2%. La ragione principale va ricercata nella giovane età degli immigrati (quella media è di 36 anni), che ricorre ai farmaci in misura decisamente inferiore rispetto agli italiani (soprattutto per la cura di malattie cardiovascolari).

I dati emergono dal 32esimo Congresso Nazionale della Sifo (Società italiana di farmacia o-

spedaliera e dei servizi farmaceutici delle aziende sanitarie), che si è chiuso ieri a Firenze. «Il farmaco può essere un "tracciatore" dello stato di salute delle persone - afferma Laura Fabrizio, presidente Sifo -. Abbiamo attivato un Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica della popolazione immigrata in collaborazione con la società italiana di Medicina della Migrazione (Simm), l'Istituto Superiore di Sanità, Cineca e il Consorzio Mario Negri Sud». Nell'innovativo progetto sono state coinvolte 39 Asl in 9 Regioni per un totale di più di 10 milioni di pazienti assistibili. Circa il 15% della popolazione

italiana riceve più di 10 farmaci nel corso di un anno, invece il 50% degli immigrati solamente uno. E non sono emerse differenze nel consumo tra la popolazione pediatrica italiana e quella immigrata. Il progetto mira a evidenziare le variazioni qualitative e quantitative nell'accesso ai farmaci erogati a carico del Servizio sanitario nazionale tra le diverse popolazioni di immigrati e italiani e soprattutto a far emergere, dal confronto con i dati epidemiologici, i bisogni inevasi, anche alla luce delle differenze nei livelli e nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria delle Regioni coinvolte.



Il congresso**“La leucemia non si cura
col veleno dello scorpione”**

VANNO a Cuba per curare una leucemia col veleno di scorpione. A ribadire che la trasferta è inutile, sono gli specialisti che hanno partecipato al congresso di ematologia che, presieduto dall'ordinario Fabrizio Pane, si è concluso ieri. «In Italia si usano già terapie all'avanguardia che permettono una sopravvivenza finora insperata», dice Michele Bacarani, docente a Bologna: «Ad esempio, la *leucemia promielocitica* che oggi si cura con un derivato della vitamina A insieme a piccole dosi di arsenico, veleno antichissimo utilizzato in medicina già all'epoca di Ippocrate. In questo modo evitiamo ai pazienti il ricorso alla chemioterapia».

«I farmaci biologici hanno permesso di raggiungere livelli di sopravvivenza superiori all'ottanta per cento per la leucemia linfatica acuta del bambino e per alcune forme di leucemia dell'adulto», aggiunge Pane che è anche presidente della Società italiana di ematologia.

