

Rassegna del 11/03/2010

TEMPO ROMA - Condom a scuola. Tutti d'accordo - Il preside del Keplero: condom in ogni scuola - Coletti Grazia_Maria	1
AVVENIRE - E vita - "Ella One: un inganno commerciale?" - Amato Gianfranco	2
AVVENIRE - E vita - I tristi primati della vita "Cancellata" - Bernardini Andrea	3
AVVENIRE - E vita - Per la Ru486 sette settimane possono bastare - ...	4
REPUBBLICA ROMA - Perché non bocciare il preservativo a scuola - Lodoli Marco	5
REPUBBLICA ROMA - Preservativi, il liceo difende la scelta - Grattoggi Sara	6
REPUBBLICA ROMA - Il Ministro Meloni "Non mi crea nessun imbarazzo" - ...	7

Liceo Keplero

Condom a scuola Tutti d'accordo

→ **Coletti** a pag. 42

Le reazioni Ragazzi favorevoli ma si vergognano. Distributori automatici nei bagni
Il preside del Keplero: condom in ogni scuola
Perplessi i capi d'istituto: la scuola non è un emporio del sesso

Grazia Maria Coletti
g.coletti@iltempo.it

■ I condom al Keplero saranno venduti nei bagni della scuola, erogati dai distributori automatici al prezzo politico di due euro per tre profilattici nelle toilette, il luogo più riservato della scuola «perché i ragazzi si vergognano a comprarli». Sei le macchinette, in comodato d'uso, dove si potranno acquistare anche gli assorbenti, al terzo e quarto piano della sede centrale in via Gherardi, a due passi da Ponte Marconi, «che ha sfornato brigatisti rossi e uno è morto in un conflitto a fuoco» ricordava un bidello. Altri due in succursale.

L'iniziativa «non è un colpo di testa» ha spiegato ieri mattina il preside del Keplero Antonio Panaccione, nella conferenza stampa improvvisata per i cronisti, dopo la riunione tecnica per individuare i locali, cui ha partecipato anche il promotore della mozione della Provincia a sostegno dei distributori di condom, Gianluca Peciola. «Abbiamo tutta la copertura istituzionale della Provincia di Roma oltre all'appoggio degli studenti» ha detto Roberto Casalini, referente funzione strumentale per l'educazione alla salute, che ha portato in consiglio d'istituto la proposta di introdurre distributori di condom nella scuola, «approvata all'unanimità da professori, genitori e studenti» dopo «la mozione approvata in Consiglio provinciale quest'estate». (Ma una nota della Provincia,uttavia,

precisava: «La proposta di installazione di un distributore di preservativi presso il Liceo Keplero è un'iniziativa autonoma sostenuta da un'associazione di studenti). D'accordo anche gli insegnanti di religione: «Vogliamo che i ragazzi al sesso ci arrivino con consapevolezza, nel rispetto di se stessi e dell'altro» ha detto Genesis Petrucci. Voci fuori dal coro? «All'inizio - spiegano - qualcuno temeva che la scuola diventasse un "sessificio", ma gli è stato spiegato che è una scelta che va nella direzione di una maggiore democrazia, formazione e sicurezza, nel rispetto di tutti». Panaccione invita «le altre scuole a non spaventarsi e a fare altrettanto». «È un'azione banale e insufficiente» insorge il Movimento italiano genitori (Moige), dopo il «no» del cardinale Vallini, vicario del Papa nella diocesi di Roma. «Non può essere questa la risposta», concorda la candidata Pdl alle regionali Renata Polverini. Al ministro della Gioventù Giorgia Meloni «l'iniziativa non crea imbarazzo», Livia Turco (Pd) si augura «che altri istituti seguano l'esempio». «I nostri alunni sono abbastanza adulti da rivolgersi ad una farmacia» ha detto la preside del Vivona, Gabriella Urbano. «La scuola dovrebbe dare informazione ma gli studenti devono poter decidere se scegliere un contraccettivo o praticare l'astinenza» ha detto una studentessa del Dante rispondendo

ad un coetaneo che chiedeva spiegazioni al prof. Teodosio Orlando. «Mi vergognerei a guardare in faccia mamme e studentesse - ha detto il preside del liceo Montale Francesco Girgenti - bisogna educare i ragazzi alla virtù e al rispetto di sé e non incentivarli ai vizi».



Il prof. Casalini

Abbiamo avuto il sostegno della Provincia



Barbara, 19 anni

Noi ragazzi ci sentiamo tutelati da questa iniziativa



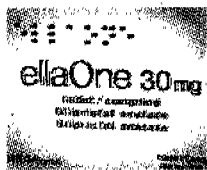


la prossima frontiera

«EllaOne: un inganno commerciale?»

Il foglietto della «pillola dei cinque giorni dopo» parla di «contraccettivo d'emergenza». Poi nelle controindicazioni cita la «gravidanza». Allora è un abortivo! Ma le norme europee sono molto severe con questo genere di pratiche ingannevoli

di Gianfranco Amato



Continua la polemica sull'annunciata introduzione nel mercato italiano della pillola abortiva EllaOne - la «pillola dei cinque giorni dopo» - surrettiziamente contrabbandata per contraccettivo d'emergenza. A me pare si tratti di una vera e propria pratica commerciale ingannevole. Nel senso giuridico del termine. Mi riferisco, infatti, all'ipotesi contemplata dall'art. 21, primo comma, lett. a) e b) del Codice del Consumo, recentemente modificato a seguito del Decreto legislativo 2 agosto 2007, n. 146, con cui è stata recepita la Direttiva europea 2005/29/Ce dell'11 maggio 2005, relativa alle pratiche commerciali sleali tra imprese e consumatori nel mercato interno.

La citata disposizione del Codice del Consumo, infatti, espressamente prevede che debba considerarsi ingannevole una pratica commerciale non solo se contiene «informazioni false» ma pure se «in qualsiasi modo, anche nella sua presentazione complessiva, inganni o possa ingannare il consumatore medio», e ciò «anche se l'informazione è di fatto corretta». L'inganno deve riguardare «l'esistenza o la natura del prodotto», ovvero «le caratteristiche principali del prodotto», quali, tra l'altro, «la composizione», «l'idoneità allo scopo» e i «risultati che si possono attendere dal suo uso».

Il punto 4 (caratteristiche cliniche) del bugiardinio di EllaOne espressamente attribuisce alla pillola, tra le «indicazioni terapeutiche» (4.1), la natura di «contraccezione d'emergenza cui ricorrere entro 120 ore (cinque giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal mancato funzionamento di un contraccettivo». Fa un certo effetto, poi, leggere al successivo punto 4.3 relativo alle controindicazioni, la parola «gravidanza»...

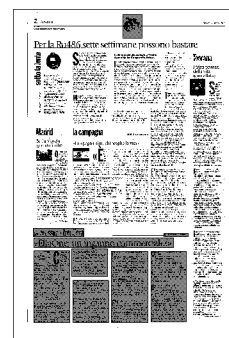
In realtà, è ormai arcinoto come la composizione chimica di EllaOne sia costituita sostanzialmente da una molecola chiamata «ulipristal acetato», un antiprogesterinico di seconda generazione che si lega ai recettori del progesterone esattamente come la pillola abortiva Ru486. È altrettanto arcinoto che nella fisiologia della riproduzione, l'embrione a 5 giorni dal concepimento è già in utero per annidarsi, per cui l'azione dell'ulipristal acetato (la cui farmacodinamica è pressoché identica a quella del mifepristone della Ru486), contrastando proprio l'annidamento dell'embrione, non svolge un'azione contraccettiva ma un'azione intercettiva-abortiva. Non è un caso, del resto, che le prime ricerche su EllaOne siano state effettuate partendo proprio dagli studi sulla Ru486.

È quindi evidente che pubblicizzare EllaOne come un contraccettivo d'emergenza anziché come un prodotto abortivo, viola a tutti gli effetti le citate disposizioni normative a tutela del consumatore. Sarebbe interessante sapere cosa ne pensi di ciò l'Autorità garante della concorrenza e del mercato, la quale, ai sensi dell'art. 27 del Codice del Consumo, ha l'obbligo di vigilare e intervenire proprio nei casi di pratiche commerciali ingannevoli.

Nel frattempo, mentre attendiamo un possibile pronunciamento di quell'Authority, non si può non denunciare la grave manipolazione semantica posta in essere e l'odiosa violazione che da essa deriva ai diritti delle donne, tra i quali esiste, certamente,

quello di avere un'informazione chiara e obiettiva. Soprattutto quando si tratta di assumere sostanze che possono avere riflessi anche di natura morale, etica, filosofica, culturale.

Questa discutibile operazione di marketing ingannevole mi ha fatto venire in mente il concetto di «antilingua» coniato da Italo Calvino nel 1965, ovvero di «quell'italiano surreale che ha contagiato il nostro linguaggio quotidiano», e che Pier Giorgio Liverani, nel suo *Dizionario dell'Antilingua* spiega bene come tenda, a volte, a sostituire parole che evocano fatti drammatici, al punto che chi ascolta arriva a «perdere la sensibilità per determinate situazioni o per certi problemi etici», diventando «più accomodante magari non sul piano dei principi ma su quello della prassi». Del tipo «contraccezione» al posto di «aborto».



Toscana

I tristi primati della vita «cancellata»

Su famiglia e vita la Toscana vanta diversi, tristi primati. Li ha messi in risalto ieri l'Udc in una conferenza stampa, in cui i centristi hanno fatto il bilancio di cinque anni di governo regionale. Il primo: la Toscana ha fatto da apripista nell'impiego della pillola abortiva Ru486. E lo ha fatto importando il Mifepristone direttamente dalla ditta produttrice, la Exelgyn di Clermont Ferrand. Facendo ricorso a un decreto ministeriale del 1997 che prevede l'importazione di farmaci salvavita (ma la pillola abortiva quale vita salva?) già sperimentati all'estero e per i quali non esiste alternativa terapeutica. In questi anni la Ru486, associata al Misoprostol, è stata utilizzata in centinaia di casi nelle procedure di aborto, anche se il ricorso delle donne a questa tecnica è andato via via scemando: 224 aborti chimici nel 2007, 141 nel 2008 e 47 nel primo semestre del 2009, secondo gli ultimi dati ufficiali.

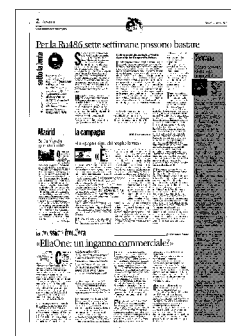
Il protocollo adottato dalla regione Toscana prevede tre giorni di ricovero ospedaliero: al primo la donna assume la Ru486, al terzo le prostaglandine. Non sempre questa procedura garantisce che l'espulsione avvenga nei tre giorni del protocollo: l'embrione - racconta la letteratura scientifica e l'esperienza sul campo dei ginecologi - può essere abortito anche dopo quindici giorni. In alcuni casi, però,

l'embrione può essere espulso anche poco dopo l'assunzione della prima pillola, e prima della seconda. Per questo, per stare dentro i vincoli della 194, è necessario che l'aborto si consumi in regime di ricovero ospedaliero ordinario, sotto il costante controllo dei sanitari. E invece - come noto - tante donne scelgono le dimissioni volontarie.

Tre giorni di ricovero sono stati confermati ancora oggi che, con l'autorizzazione dell'Aifa, l'aborto chimico potrebbe allargare il numero delle sue fruitrici. «Ma chi ci garantirà che anche in futuro, con le dimissioni volontarie, non si aggirerà la legge 194?» si chiede Marco Carraresi. Ma la Toscana vanta anche un altro primato. È una delle regioni italiane in cui il numero di interruzioni volontarie di gravidanza di donne italiane, se messo in rapporto al numero di donne in età fertile, è rimasto sostanzialmente stabile, mentre è esponenzialmente aumentato il numero degli aborti di donne extracomunitarie.

Scorrendo le cronache degli ultimi anni si vede come, nel Granducato, non è stato di fatto riconosciuto nei medici e nei farmacisti il diritto all'obiezione di coscienza, quando una donna chiede loro la pillola del giorno dopo, che molti ritengono possa essere un prodotto abortivo. Ed è anche la regione dove, all'ospedale fiorentino di Careggi, tre anni fa si consumò un aborto terapeutico motivato da una presunta malformazione rivelata poi inesistente.

Andrea Bernardini





Per la Ru486 sette settimane possono bastare

Il dossier di due epidemiologi mette in dubbio il limite fissato dall'Aifa per l'uso in Italia. Si vorrebbe spingere il nostro Paese a estendere il ricorso all'aborto chimico asserendo che all'estero si può assumere la «kill pill» fino al 63esimo giorno. Ma così si moltiplicano i rischi

Si cerca di aprire un nuovo caso sulla Ru486: quello dei termini entro i quali dovrebbe essere usata. Che, in base a quanto ha sostenuto la stessa Agenzia italiana del farmaco più volte, devono essere fissati entro le 7 settimane di gravidanza, cioè a 49 giorni dal concepimento, a differenza dei 63 giorni previsti in altri Paesi dove il farmaco è adottato, e dei 90 giorni previsti per l'aborto chirurgico. Il motivo? Semplice: perché entro la settima settimana si ha un completamento dell'aborto nel 95-99% dei casi, mentre fra la settima e la nona si scende sotto il 95% e le complicanze hanno un picco. Dati di fatto.

Ma ieri è circolato un nuovo allarme circa le «restrizioni» che il nostro Paese avrebbe messo in campo per ostacolare l'aborto chimico. Stavolta la firma è di due epidemiologi di Roma, che in un dossier che riassumerebbe i «risultati scientifici» degli studi effettuati sulla Ru486 - in particolare riguardo al profilo beneficio-rischio del mifepristone nell'interruzione di gravidanza - sostengono che la discrepanza tra i limiti previsti nel nostro Paese e in altri costituirebbe una «penalizzazione» per la donna che volesse fare uso della pillola abortiva e una difficoltà per i medici, che si troverebbero di fronte a una indicazione di uso differente da quella italiana (il farmaco è brevettato in Francia). Il punto sarebbe, secondo i due ricercatori, che «il risultato, condiviso a

livello europeo, è rappresentato dall'indicazione che prevede l'uso fino a 63 giorni di amenorrea. Da allora - sottolineano - non è emerso alcun fatto nuovo che possa essere citato a sostegno della restrizione italiana e che possa rimettere in discussione la valutazione positiva assunta».

farmaco per l'assunzione del farmaco entro tale termine sia legata proprio a questo dato. «L'evidenza - ha proseguito il sottosegretario - dimostra che il limite si basa su un calcolo di efficacia, poiché dopo tale termine quest'ultima cala; con l'allungamento dei tempi, cioè, diminuisce l'efficacia e la capacità del farmaco, e quindi si registra la necessità di un'alta percentuale per il ricorso a interventi chirurgici di revisione uterina, che vogliamo evitare». Davvero questa sarebbe una "penalizzazione" per le donne?

Tutto il contrario di quello che sosteneva - in una delle delle due sperimentazioni che sono state considerate valide dall'Agenzia del farmaco americana

(Fda) per l'approvazione della Ru486 negli Usa - l'autorevole rivista scientifica *New England Journal of Medicine*, che nel marzo 1998 pubblicò un'accurata ricerca condotta su un campione di oltre 2mila donne che avevano impiegato la pillola per abortire. In quello studio - le cui conclusioni sono ancora valide, oggi, perché basate sul dosaggio con cui la Ru486 è oggi impiegata nel resto del mondo e lo sarà in Italia - si stabiliva con chiarezza (grafici alla mano) che oltre il 49esimo giorno di gravidanza l'effetto della pillola abortiva crollava - letteralmente - da un percentuale di fallimenti pari all'1 fino al 9%. Più importante ancora, dal 57esimo giorno in avanti le pazienti mostravano effetti collaterali devastanti, con dolori addominali, nausea, vomito, diarrea e sanguinamento vaginale. E proprio per questo mentre fino al 49esimo giorno soltanto il 2% delle donne necessitava di una ospedalizzazione successiva all'aborto chimico, tale percentuale oltre quella soglia saliva al 4%.

E' per tutelare la salute della donna, dunque - un punto tanto invocato dalla stessa Aifa nelle fasi preliminari all'approvazione della Ru486 - che in Italia è stato scelto il limite delle sette settimane: «Dopo il 49esimo giorno di gravidanza, la pillola abortiva è caratterizzata da un "crollo di efficacia"», come ha ribadito ieri il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella rilevando come l'indicazione dell'Agenzia del



PERCHÉ NON BOCCIARE IL PRESERVATIVO A SCUOLA

MARCO LODOLI

E COSÌ forse ci sarà il primo distributore automatico di preservativi in una scuola romana, sempre che non si scateni una crociata assurda in nome di chissà quale valore cristiano. Eppure il problema delle gravidanze precoci, capitate sciaguratamente a ragazzine di quattordici o quindici anni, in America è esploso da tempo, e noi come al solito seguiamo a ruota: sono storie amare, comunque si concludano. Il più delle volte sono aborti che segnano per sempre la vita di quelle adolescenti, dolori che non si rimarginano facilmente.

Altre volte – e in periferia è un fenomeno che cresce a dismisura – la maternità viene accettata, come un gioco di bambole che presto però diventa faticoso, malinconico, infelice. Nascono bambini non voluti, dunque non amati.

E allora mettiamoli que-

sti distributori di preservativi, che stiano al centro del cortile a ricordare come non è giusto rovinarsi la vita quando della vita si sa ancora così poco, e come non è giusto rovinarla a una creatura caduta dal cielo a casaccio, un innocente che non troverà una famiglia ad accoglierlo, ma solo pena e recriminazioni.

Nella mia scuola attaccata al muro c'è una enorme macchina colorata che sputa merendine ipercaloriche, melasse che si appiccicano ai denti e scaricano zucchero nelle vene. Io la sbatterei serenamente per la strada, e al suo posto ci metterei un sano distributore di preservativi.

Magari i primi tempi volerebbero le battutacce, magari in pochi oserebbero infilare la moneta davanti agli occhi dei compagni. Ma è solo questione di tempo, qualche mese e tutto diventa normale.

Ecco, far sentire la sessualità come parte viva e bella dell'esistenza, far capire che non bisogna agire alla cieca, che non è il caso di rovinarsi per distrazione: questo è uno dei compiti della scuola. E allora ben vengano i preservativi, ben venga la consapevolezza.



Preservativi, il liceo difende la scelta

Da domani al Keplero i distributori. D'accordo anche il docente di religione

SARA GRATTOGGI

«**R**IVENDICHIAMO completamente questa iniziativa. Il Keplero è una scuola pilota e invito le altre a non spaventarsi e a fare altrettanto».

Antonio Panaccione, preside del liceo scientifico Keplero, difende così la decisione dell'istituto di dotarsi di distributori automatici di profilattici e assorbenti. Le sei macchinette, collocate nei bagni della scuola, entreranno in funzione domani, con la "benedizione" di studenti e professori. Compreso Genesio Petrucci, insegnante di religione: «Vogliamo che i ragazzi arrivino al rapporto con consapevolezza, nel rispetto di se stessi e dell'altro. Non si tratta solo di dare i preservativi in mano agli studenti. Se così fosse sarebbe una banalizzazione della sessualità, mentre invece abbiamo previsto un ciclo di incontri di formazione e responsabilizzazione».

Di «iniziativa di educazione alla salute» parla anche la professoressa Cristiana Carissimi. Mentre il rappresentante degli studenti, Alberto Belloni, sottolinea come già da ieri mattina siano cominciati gli incontri di alcune classi terze con esperti della Lega italiana per la lotta contro l'Aids (Lila).

«La scelta di unire l'installazione dei distributori a interventi per l'educazione sessuale dei ragazzi interpreta al meglio lo spirito della mozione della Provincia», ha dichiarato Gianluca Peciola, consigliere di Sinistra e Libertà e promotore della mozione — approvata dal Consiglio nel giugno scorso — che garanti-

sce "copertura istituzionale" (ma non finanziaria) alle scuole che aderiscono alla campagna.

«I distributori, in comodato d'uso, non ci costeranno nulla», sottolinea il referente per l'educazione alla salute del Keplero, Roberto Casalini, che ha portato il progetto in Consiglio d'istituto, dove è stato approvato all'unanimità. Anche perché permetterà ai ragazzi di comprare il condom a prezzo di fabbrica: 3 per 2 euro.

Se il vicepresidente dell'Associazione nazionale presidi (Anp), Mario Rusconi, parla di «iniziativa mediatica», il Keplero dichiara di aver risposto alle esigenze degli studenti.

«Tempo fa un alunno si rivolse a me perché aveva avuto un rapporto non protetto e aveva paura — racconta la professoressa Francesca Dainelli — La scuola non può ignorare richieste d'aiuto come questa».

L'istituto del quartiere Marconinon è, del resto, il primo a introdurre i distributori di profilattici. L'Unione degli studenti (Uds) ricorda, infatti, che «a Roma il liceo francese Chateaubriand lo ha fatto già nel 2001, come molte altre scuole europee».

«Al Vittorio Veneto di Milano si comprano condom dal '97», osservano i ragazzi del sito ScuolaZoo.com, che insieme alla Lila stanno cercando di promuovere il progetto in tutta Italia con lo slogan: "Se vuoi amare fallo con la testa. Proponi al tuo preside l'installazione gratuita di distributori di preservativi e assorbenti nella tua scuola".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le reazioni

**Il ministro Meloni
"Non mi crea
nessun imbarazzo"**

«L'INIZIATIVA dell'Istituto Kepler non mi crea alcun imbarazzo o fastidio - dichiara il ministro della Gioventù, Giorgia Meloni - Nell'età in cui si avvicinano per la prima volta al sesso, si consente ai ragazzi e alle ragazze italiane di avere facilmente accesso a uno strumento anticoncezionale importante per prevenire le gravidanze indesiderate e le malattie sessualmente trasmissibili». «É un'azione banale e insufficiente», sostiene invece il Moige, movimento italiano genitori. «Non può essere questa la risposta», concorda la candidata del Pdl alle regionali Renata Polverini. «Comprendo anche la posizione di chi ritiene che in questo modo si banalizzi l'approccio al sesso - riprende Meloni - Credo che soltanto una corretta educazione sentimentale oltre che sessuale, da svolgersi in tutte le scuole superiori italiane, possa bilanciare un messaggio troppo superficiale su questo tema».



Rassegna del 11/03/2010

- CORRIERE DELLA SERA MILANO - Pillola Ru486 un errore tenere le donne in ospedale 1
- Aborto chimico e ricovero coatto. Scelta politica non sanitaria - Remuzzi Giuseppe
- MATTINO - "Ru 486, le donne italiane penalizzate dai tempi d'uso" - ... 2

Il medico

Dibattito sull'aborto chimico

PILLOLA RU486 UN ERRORE TENERE LE DONNE IN OSPEDALE

Ostacoli occulti alla Ru486

Aborto chimico e ricovero coatto Scelta politica non sanitaria

di GIUSEPPE REMUZZI

«In Lombardia chi utilizzerà la pillola abortiva RU486 dovrà rimanere in ospedale fino a che l'interruzione di gravidanza non sarà completata» (*Corriere* 11 dicembre 2009). Perché? Non si capisce. Lo si potrebbe fare in regime di day hospital, poi le donne potrebbero essere dimesse e tornare in ospedale se ci fossero complicazioni. «Ma così si violerebbe la legge 194», dicono in Regione. È vero? Vediamo: la legge 194 dice che «l'interruzione di gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale, il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici e case di cura autorizzate dalla regione» e che esistono condizioni che «costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero». Ed è una legge del '78, dieci anni prima che la Francia autorizzasse per la prima volta l'utilizzo di Ru486. Da noi sarà il Comitato etico della Mangiagalli, che si è riunito in questi giorni per la prima volta, a stabilire come si dovrà fare in pratica.

Chi è favorevole all'ospedale sostiene che la pillola abortiva può avere effetti negativi. È vero. Ru486 può avere effetti negativi, può esserci sanguinamento e in casi rarissimi si può anche morire, proprio come succede con l'intervento chirurgico. Anche qui si può sanguinare ed eccezionalmente si può morire. È giusto tenere in ospedale centinaia di migliaia di donne perché una potrebbe avere complicazioni? Invece si dovrebbero dare alle donne tutte le raccomandazioni necessarie perché al minimo segno di allarme possano arrivare subito in ospedale. È quello che succede in tutto il mondo, in Francia, Gran Bretagna dove la pillola si usa dal 1988 e dal '91, in Svezia e in Cina dove si usa dal '92, in tanti altri Paesi d'Europa dove si usa dal '98, in Norvegia, Russia, Ucraina e Stati Uniti, dove si usa dal 2000. L'RU486 finora è stata somministrata a milioni di donne, abbastanza per dire che le complicazioni sono rarissime. Si dovrebbe sperimentare, che è poi l'unico modo per mettere fine alle polemiche sul fatto che un metodo abbia più o meno rischi di un altro. La verità è che chiedendo il ricovero in ospedale si vuole evitare che Ru486 diventi un modo facile per abortire e che lo si possa fare a casa. La posizione della Chiesa sull'aborto è chiara e assolutamente coerente, ma non deve condizionare decisioni istituzionali su quando e come registrare i farmaci, come somministrarli, quali precauzioni prendere e se lo si debba fare in regime di ricovero o no.

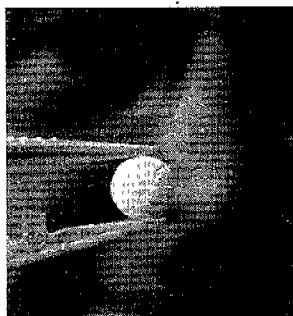


Il dossier Nell'Ue: due mesi per assumerla «Ru 486, le donne italiane penalizzate dai tempi d'uso»

Il sottosegretario Roccella
«Ma dopo 49 giorni
il farmaco è inefficace»

ROMA. Esiste un'«incongruenza» nel processo di approvazione della pillola abortiva Ru486 (mifepristone) in Italia; incongruenza che potrebbe determinare problemi nell'uso del farmaco negli ospedali a danno delle donne. Mentre in Europa la Ru486 può essere usata fino al 63esimo giorno di gravidanza, in Italia è stato stabilito il suo uso fino al 49esimo giorno. A sostenerlo sono gli autori, gli epidemiologi Traversa e Donati, di un dossier sugli studi sull'uso della Ru486 in particolare sul profilo beneficio-rischio del mifepristone nell'interruzione di gravidanza, pubblicato su «Dialogo sui farmaci».

Tale incongruenza per gli autori potrebbe determinare da un lato una «penalizzazione» per la donna che volesse fare uso della pillola abortiva anche dopo i limiti italiani e dall'altro per i medici che si troverebbero di fronte ad una indicazione di uso differenze da quella italiana.



La pillola Un medico mostra la Ru486

Ma Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute, sostiene che dopo il 49/o giorno di gravidanza, la RU486 è caratterizzata da un «crollo di efficacia». Roccella rileva come l'indicazione dell'Agenzia italiana farmaco (Aifa) per l'assunzione entro tale termine sia anche legata a questo dato. «L'evidenza - ha spiegato Roccella - dimostra che il limite del 49/o giorno si basa su un calcolo di efficacia, dopo tale termine cala; con l'allungamento dei tempi, cioè, diminuisce l'efficacia e la capacità del farmaco, e si registra la necessità di un'alta percentuale per il ricorso a interventi chirurgici di revisione uterina».



Ricerca Studio effettuato su quattrocento milanesi

Il Dna mappato per la dieta antivecchiaia

Pronto un test a basso costo

MILANO — Geni e ambiente. Tutto è scritto, ma tutto è anche influenzabile. La bellezza, l'adattamento allo stress, la tendenza alla depressione, alla pigrizia o all'iperattivismo. Gli architetti di ciò che è, e di ciò che sarà, sono i geni e ciò che loro «ordinano» alle cellule. E dalle cellule ai tessuti. Agli organi. All'intero organismo. Dal momento del concepimento in poi, viene perfino indirizzata la longevità. Studiando gli architetti, la scienza può progettare la prevenzione. Modellare al meglio, anche con la dieta, la buona salute e le predisposizioni di futuri bambini, adolescenti, adulti, anziani.

E per progettare la prevenzione occorre «visitare» i geni. Quella piccola percentuale di frammenti di dna che può subire «mutazioni» sotto l'azione dell'ambiente, dei cattivi stili di vita, di un'alimentazione non corretta. Ognuno ha una sua mappa, ognuno ha una sua sensibilità alla mutazione. Un test genetico può aiutare a «visitare» i geni «sensibili». Una cinquantina in tutto. Il campione di cellule necessario al test viene prelevato strofinando un tampone di nylon sulle pareti interne della guancia. Il cam-



pione viene spedito, in un apposito tubo contenitore, al laboratorio per l'esecuzione dell'analisi negli Stati Uniti. La risposta arriva dopo tre settimane. Il tutto costa 700 euro, compresa la visita iniziale (anamnesi) e i successivi consulti. Esclusi solo gli eventuali integratori correttivi. Già a Villa Paradiso (lago di Garda), in collaborazione con un'altra biotech di Boston, è possibile testare i geni da circa un anno. Stessa filosofia, ma costi più alti.

Il nuovo test del dna (*Nutri Gene Code* di Ngc Medical), messo a punto anche dallo studio del genoma di 400 milanesi, è stato presentato ieri dal nu-

trizionista Nicola Sorrentino (università di Pavia), dal cardiologo Riccardo Raddino (università di Brescia) e dal dermatologo Bruno Mandalari (Milano). Oltre a Rama Modali (Bioreserve Biotechnologies, Usa) e Paolo Cremascoli (Ngc Medical, Como). Nasce la carta di identità biologica, che si affianca a quella anagrafica. Cinquantenni con cellule di quarantenni o quarantenni con cellule più anziane, e quindi più a rischio, potrebbero essere così «curati» per non ammalarsi. O per invecchiare bene. «Questo nuovo test — spiegano Sorrentino e Mandalari — è in grado di rilevare una cinquantina di mutazioni genetiche che si riferiscono a 8 diversi processi biologici: dal metabolismo degli

zuccheri a quello dei grassi, dalla risposta infiammatoria all'attività antiossidante. In base ai risultati, il medico saprà se tutto è a posto o se emergono possibili futuri problemi nel metabolismo degli zuccheri, piuttosto che nella riparazione cellulare o nell'attività antiossidante. Con la possibilità, dopo, di prescrivere la dieta e gli integratori più adatti a contrastare queste tendenze». Un'ultima nota: esistono geni dell'invecchiamento e della longevità. Ora si possono «addormentare» gli uni e «attivare» gli altri. Un «gioco» di lunga vita.

zuccheri a quello dei grassi, dalla risposta infiammatoria all'attività antiossidante. In base ai risultati, il medico saprà se tutto è a posto o se emergono possibili futuri problemi nel metabolismo degli zuccheri, piuttosto che nella riparazione cellulare o nell'attività antiossidante. Con la possibilità, dopo, di prescrivere la dieta e gli integratori più adatti a contrastare queste tendenze». Un'ultima nota: esistono geni dell'invecchiamento e della longevità. Ora si possono «addormentare» gli uni e «attivare» gli altri. Un «gioco» di lunga vita.

Mario Pappalardo

6000

Il numero delle malattie di diversa natura e gravità che sono causate dalle mutazioni dei geni

© RIPRODUZIONE H&S&P/ATA



Parma La conferenza dell'Organizzazione mondiale della sanità

Bimbi malati Una volta su tre è per l'ambiente

Scottature, rischi doppi per i poveri

DAL NOSTRO INVIATO

PARMA — Prendiamo gli incidenti, quelli del traffico, ma anche quelli che succedono in casa, tipo avvelenamenti o scottature: i bambini sono vittime privilegiate, ma i bambini poveri lo sono di più di quelli ricchi. Non parliamo di Paesi del Terzo Mondo, parliamo dell'Europa Occidentale, della Danimarca e della Gran Bretagna per esempio: una ricerca danese ha appena dimostrato che i bambini di famiglie non abbienti rischiano di scottarsi, con acqua calda, tè o caffè bollenti, due volte e mezzo di più rispetto ai coetanei benestanti. E nei quartieri più degradati delle Midlands orientali, in città inglesi come Nottingham, i ricoveri per avvelenamento dei più piccoli sono tre volte maggiori rispetto alle zone dove vivono le famiglie con un reddito medio o medio-alto.

E non ci sono solo gli incidenti: ci sono le malattie respiratorie da inquinamento provocato dal traffico e in particolare dalle polveri sottili (la disoccupazione aumenta tre volte i rischi da PM10, dal momento che costringe le fami-



glie a vivere in zone periferiche di intensa circolazione di mezzi o vicino a discariche dove gli alloggi costano meno), dalle muffe (le case povere sono mal riscaldate e umide) o dal fumo passivo (i figli di disoccupati, emigranti o single sono due volte più esposti rispetto a quelli che non lo sono).

Poi ci sono le malattie legate all'obesità, in crescita un po' ovunque: oggi, un bambino italiano su tre è soprappeso o obeso, per colpa della dieta, ma soprattutto per inattività fisica. «Secondo l'Oms — ha detto il ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, all'inaugura-

zione della quinta Conferenza ministeriale su ambiente e salute che si è aperta a Parma — almeno un terzo delle malattie dei bambini, sotto i cinque anni, è dovuto a fattori ambientali. Si stima che, nei tre giorni di questa conferenza, almeno 345 bambini in Europa moriranno per incidenti».

La conferenza è promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità, con rappresentanti di 53 Paesi, e vuole fare un bilancio dei progressi ottenuti negli ultimi 20 anni, con un rapporto che ha elaborato dati di 40 Paesi, in particolare per quanto riguarda la salute dei bambini, e sui progetti futuri. «Stiamo lavorando a linee guida per la riduzione delle polveri sottili — ha detto il ministro per l'Ambiente Stefania Prestigiacomo — e pensiamo a interventi in due settori: quello del trasporto con mezzi pesanti, sia commerciale sia pubblico, e quello dell'efficienza energetica per il riscaldamento».

Intanto è migliorata, negli ultimi anni, la situazione per quanto riguarda la presenza di piombo nel sangue che nei bambini può provocare disturbi dello sviluppo: le emissioni nell'atmosfera si sono ridotte del 90 per cento, grazie alla benzina «verde».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1/3

Delle malattie dei bimbi sotto i 5 anni di età è dovuto a fattori ambientali, molti sono vittima del PM10



La raccolta Mobilitati gli ospedali e le Asl

I viaggi Sono organizzati dalla Croce Rossa italiana

Influenza suina dopo la grande paura i vaccini in Africa

Pochissime le vittime, avanzate migliaia di dosi

MARCO ACCOSSATO
TORINO

Partito. L'Organizzazione mondiale della Sanità non ha ancora dichiarato ufficialmente superata la «fase 6» della pandemia da Influenza A/H1N1, ma in Italia il viaggio al contrario dei vaccini è già cominciato. Centinaia di migliaia di fiale non utilizzate stanno tornando a Roma, e da Roma - in parte - ripartiranno verso Paesi dove l'allarme non è affatto rientrato e i focolai sono ancora una minaccia, Africa compresa. Paesi che hanno chiesto aiuto all'Oms. Soltanto poche migliaia di dosi saranno conservate dal ministero e dalle Regioni per un eventuale improvviso nuovo allarme da virus mutato.

Un flop. Il verdetto è nei numeri: il timore è stato sproporzionato. A fronte di 10 milioni di dosi di vaccino distribuite in Italia, sono state meno di 900 mila le persone vaccinate al 31 gennaio scorso, quando la pandemia è definitivamente sparita dalle paure degli italiani.

Le Regioni hanno segnalato al ministero circa mille ricoveri e 228 vittime. Ma diverse Asl stanno comunicando la disponibilità alla restituzione di addirittura più della metà dei vaccini acquistati per fronteggiare l'allarme pandemia. I nuovi casi di malattia, dall'1 al 7 febbraio scorso, sono stati 114 mila, che portano il bilancio totale a 4 milioni e mezzo di contagi dal 19 ottobre, quand'è iniziata la sorveglianza Influnet. In Lombardia sono state somministrate però solo il 10 per cento delle dosi. In Piemonte,

le 700 mila fiale avanzate vengono in questi giorni stoccate in una cella frigo del servizio farmaceutico dell'Asl To3 a Roletto, nel Pinerolese, a pochi chilometri da Torino: «Saranno mantenute qui a una temperatura tra i 4 e gli 8 gradi finché il ministero invierà la Croce Rossa a ritirarle - spiega la dottoressa Antonella Barale, responsabile delle attività vaccinali della Regione - in Piemonte resteranno 15 mila dosi». Ventinovemila quelle somministrate finora a Torino e nelle altre province del Piemonte. All'Asl di Treviso, invece, su 128 mila vaccini disponibili, le persone che hanno aderito alla campagna sono state soltanto 1800.

Doveva essere una pandemia. Invece, il numero di vittime da Influenza A non ha superato lo 0,005 per cento dei malati. Significativa - e premonitrice - l'adesione alla campagna vaccinale di medici, infermieri e operatori sociosanitari: 161 mila, il 15 per cento del totale del personale impiegato in Asl, ospedali e ambulatori.

L'indecisione è stata più forte della paura. Future mamme comprese: solo 12 su cento (22.796 dosi) hanno chiesto di essere vaccinate per proteggere se stesse e il nascituro. Identica percentuale delle persone di età compresa fra 6 mesi e 65 anni considerate a rischio.

L'ultima distribuzione di vaccini a

Regioni e Province Autonome risale al 22 dicembre scorso. Dal 19 gennaio l'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) ha addirittura ridotto le attività connesse alla sorveglianza della pandemia influenzale A: i dati vengono ora trasmessi soltanto una volta la settimana, il venerdì. «Ciò - spiega il ministero della Salute - li rende non paragonabili a quelli precedentemente forniti». Modificate anche le procedure

di rilevazione dei decessi: non più contatti dal giorno di inizio della pandemia, ma dall'inizio della tradizionale stagione influenzale. «L'Oms - dice ancora il ministero - ha reso noto il 20 novembre che in Norvegia è stata riscontrata una mutazione in alcuni

campioni del virus della nuova influenza A/H1N1», ma i dati italiani confermerebbero che questa mutazione «non appare per ora predominante nei casi gravi o letali che si sono ancora registrati».

In Piemonte il viaggio al contrario dei vaccini si concluderà probabilmente

LE CELLE FRIGO

Per la conservazione non si devono superare gli otto gradi

LA SCADENZA

I prodotti si possono usare fino in autunno: poi saranno distrutti

I numeri dell'allarme

➔ **IL PRIMO CASO NEL MONDO**



A febbraio 2009 il primo malato: Edgar Hernandez, 4 anni, di La Gloria, villaggio messicano caratterizzato dalla presenza di un gigantesco allevamento di maiali

febbraio
2009

➔ **L'ALLARME DELL'OMS**



Nell'aprile 2009 l'OMS e il Centers for Disease Control and Prevention hanno lanciato l'allarme

aprile
2009

➔ **IN ITALIA**



10.047.421
dosi di vaccino distribuite



898.562
persone vaccinate al 31 gennaio 2010



4.408.000
casi stimati di influenza dall'inizio della pandemia al 31 gennaio 2010



1.049
totale dei ricoveri segnalati dalle Regioni



228
vittime correlate alla nuova influenza A al 31 gennaio 2010



0,005
% delle vittime in rapporto al totale dei malati di nuova influenza



443
i casi che hanno necessitato di assistenza respiratoria al 31 gennaio 2010



0,010
% dei casi che necessitano di assistenza respiratoria in rapporto al totale dei malati

➔ **I VACCINI**



24 milioni
le dosi ordinate alla Novartis Vaccines

Partners - LA STAMPA

te oggi. Le tredici Asl e i quattro ospedali che erano stati riforniti hanno quasi completato il trasporto nella speciale cella frigo, e da venerdì dosi singole e multidose saranno a disposizione del ministero: «Nelle aziende sanitarie dove le forniture erano maggiori sono stati utilizzati furgoni refrigerati per il trasporto - spiega ancora la dottoressa Barale -, dove le scorte erano minori sono state sufficienti borse frigo come quelle destinate al trasporto degli organi da trapiantare». La Croce Rossa arriverà con i tir. Poi partirà un nuovo conto alla rovescia: i vaccini non utilizzati scadono in autunno.

Le tappe
L'emergenza
è durata un anno

Marzo 2009

■ L'infezione causata da un nuovo virus influenzale ribattezzato «A/H1N1» si diffonde un anno fa, marzo 2009: i primi focolai sono registrati in Messico, poi si estendono a tutto il mondo.

11 giugno 2009

■ L'Organizzazione mondiale della sanità dichiara lo stato di pandemia influenzale con il passaggio alla fase di massima allerta.

24 aprile 2009

■ Il Governo organizza subito tutte le misure per fronteggiare la diffusione della nuova influenza A e tutelare la salute dei cittadini. Il Ministero istituisce un'apposita Unità di Crisi presieduta dal viceministro **Ferruccio Eazio**

“Ma ora non diamo la colpa al governo”

Il farmacologo: “L'errore è stato dell'Oms”

Intervista

FLAVIA AMABILE
ROMA

Silvio
Garattini

“Silvio Garattini aveva avvertito tutti in tempi non sospetti. Farmacologo, una vita tra Organizzazione mondiale della sanità, Istituto superiore di Sanità, ministero della salute e ogni altra istituzione che abbia a che fare con la sanità, quando dall'Oms arrivavano le prime previsioni fosche: già lo scorso luglio esprimeva le sue perplessità su una vaccinazione di massa.

E' andata così. Il ritiro delle dosi è iniziato. Di chi è stato l'errore? Del governo? Delle regioni? Dell'Oms?

«E' facile criticare con il senno di poi. Supponiamo che non ci fosse stato il vaccino e si fossero verificati dei problemi: il governo sarebbe stato responsabile. Non è a questo livello che vanno cercate le responsabilità ma più a monte».

Ovvero?

«I governi si sono mossi seguendo le indicazioni ricevute dall'Oms. E' lì che si sono verificati problemi, hanno esagerato la portata dell'evento. Di fronte all'allarme dell'organizzazione, però, i governi non potevano che adeguarsi. Si era parlato di una pandemia che avrebbe provocato 300 mila morti, come avrebbero potuto non cau-

telarsi? L'errore, quindi, è in partenza. Già poco tempo dopo si era capito che si sarebbe trattato di una forma piuttosto blanda di influenza, nessun danno sostanziale».

Ci sono stati morti, però.

«I morti ci sono stati ma in numero molto inferiore rispetto alle previsioni. Il Consiglio d'Europa ha istituito una commissione d'inchiesta per capire come mai l'Oms abbia commesso un errore così grande nelle sue previsioni e per verificare se ci sia stato eccesso di zelo o interessi da parte di alcuni membri dell'Organizzazione».

Non solo le previsioni sulle dosi sono state sbagliate, anche quelle sul picco dell'epidemia.

«Si è detto che sarebbe arrivata alla fine dell'anno e invece a fine novembre l'influenza era già in grande diminuzione.

LE RESPONSABILITÀ
«L'Unione Europea ha aperto un'inchiesta per fare chiarezza»

Non saprei dire però se si sia trattato di una previsione realizzata a livello internazionale o in Italia».

Dopo questo fallimento c'è un rischio: che il prossimo autunno si lanci un nuovo allarme per una pandemia e che nessuno ci creda.

«E' vero, il rischio esiste. Penso che anche i mass media debbano svolgere un ruolo diverso in questi casi. Sarebbe utile stabilire accordi per il futuro tra ricercatori, mass media e aziende in modo da fornire informazioni che non siano contraddittorie e fornire maggiori certezze alla popolazione».



Nuova terapia contro il carcinoma al seno studiata dall'Università di Napoli

L'anticorpo per il tumore

Il "bevacizumab" toglie il nutrimento alle cellule maligne



La strumentazione per la mammografia alle donne

Uccidere il tumore al seno affamandolo, togliendogli il nutrimento. Così agisce bevacizumab, anticorpo monoclonale che agisce in maniera specifica sulla proteina VEGF, elemento chiave dell'angiogenesi tumorale, il meccanismo che regola la crescita e la proliferazione del cancro. Una terapia intelligente unita alla chemioterapia permette di raddoppiare il tempo di sopravvivenza senza progressione nel tumore del seno in stadio avanzato.

«L'inibizione dell'angiogenesi, ovvero il "blocco" dei meccanismi che consentono al tumore di diffondersi nell'organismo, è una importante opzione terapeutica per le pazienti con cancro del seno in stadio avanzato, che hanno oggi una nuova arma mirata per affrontare la loro malattia» precisa il prof. Sabino De Placido, ordinario di [Oncologia](#) medica

dell'Università Federico II di Napoli e presidente del convegno nazionale "Dalla chemioterapia alla terapia anti angiogenica".

Le stime che sono state effettuate sui dati reali osservati dei Registri Tumori italiani, parlano per il 2008 di 37.952 donne colpite da tumore della mammella, che risulta così il secondo carcinoma più diffuso e ancora purtroppo il primo per mortalità nel sesso femminile sotto i 55 anni. L'avvento delle terapie target, unito alla diffusione degli screening e al miglioramento delle tecnologie per la diagnosi, sta modificando lo scenario di questa patologia.

Tra i protagonisti della "rivoluzione" sono gli anticorpi monoclonali, farmaci innovativi che hanno la capacità di colpire con precisione le cellule malate, senza danneggiare quelle sane.



» **Sanità** La Onlus Fabrizio Procaccini. Già 180 adesioni

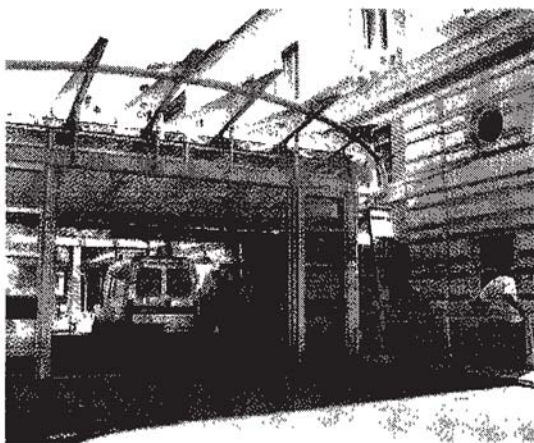
Un'associazione per aiutare i piccoli malati di tumore

C'è qualcosa di più terribile e ingiusto di un bambino che si ammala di tumore? E c'è una notizia migliore dell'aumento delle possibilità di sopravvivenza, dal 16 per cento dei primi anni '60 al 75 per cento di oggi? Proprio per questo è nata a Roma l'Associazione Fabrizio Procaccini. Il suo obiettivo è aiutare la cura e garantire migliori condizioni di vita per i piccoli pazienti ricoverati nell'unità di **Oncologia** pediatrica del Policlinico Umberto I di Roma. Fabrizio era uno di loro, un giovane che «con il suo coraggio, la sua serenità e la sua fiducia nella medicina — ricorda chi lo ha conosciuto — rappresenta il simbolo del pensiero positivo che deve animare il quotidiano e complesso lavoro di quanti operano in questo settore». Il primo traguardo che l'associazione vuole tagliare — spiega la presidente Luigia Vannini Procaccini, la madre di Fabrizio — è l'istituzione di una borsa di studio per medici specializzati in pediatria che abbiano competenze specifiche in **oncologia**. A breve sarà stipulata una convenzione con l'università la Sapienza e da settembre la borsa dovrebbe essere attiva. Con il tempo l'associazione punta ad acquistare una serie di apparecchiature sanitarie e, soprattutto, a ristrutturare l'intero reparto del policlinico romano che oggi dispone di 10 posti letto, una camera sterile, un day hospital con quattro posti letto e un laboratorio di **oncologia** per la ricerca biomolecolare. Ecco, la ricerca è un altro obiettivo ambizioso della associazione intitolata a Fabrizio Procaccini. Partendo dalla borsa di studio, l'intenzione è quella di potenziare sempre più l'attività scientifica che già oggi accompagna nel reparto le attività quotidiane di cura dei pazienti.

Finora alla onlus hanno aderito 180 persone. Sono stati raccolti 30 mila euro, e già sono fissate per i prossimi giorni una serie di iniziative di beneficenza. Il 25 marzo, a Roma, l'ap-

puntamento è al Futbol club di via degli Olimpionici. Ci sarà un torneo di calcetto e sarà esposta, dalle 15 alle 19, la coppa del Mondo vinta dall'Italia quattro anni fa. L'11 aprile, invece, ci sarà un concerto all'auditorium del Seraphicum, nella zona della Laurentina.

«Lanciamo un appello — dice la presidente dell'associazione, Luigia Vannini Procaccini — a tutte le persone che vogliono aiutarci in questo lavoro. Perché anche i piccoli malati di tumore possano essere curati ed assistiti anco-



Emergenza Il pronto soccorso del Policlinico

ra meglio di quanto già avviene oggi». Come dice il motto dell'associazione «perché vinca la vita, con il tuo aiuto si può». Per informazioni è possibile scrivere all'indirizzo mail info@associazionefabrizioprocaccini.org oppure consultare il sito internet www.associazionefabrizioprocaccini.org. Per chi volesse contribuire il conto corrente postale è il numero 98322688, intestato all'Associazione Fabrizio Procaccini onlus, codice iban: IT94H0760103200000098322688.

Lorenzo Salvia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MEDITAZIONE**Terapia del dolore**

Praticare la meditazione, è noto, aiuta a tenere a bada lo stress e consente di avere una soglia del dolore più bassa. Quello che ancora non si sapeva, però, è che quest'ultimo effetto ha un riscontro fisiologico: l'ispessimento di zone del cervello deputate all'elaborazione degli stimoli specifici. Lo hanno scoperto all'Università di Montreal, sottoponendo una ventina di praticanti e altrettanti non praticanti a controlli ai test del dolore basati sul riscaldamento; poi con una Rm, hanno verificato se i risultati dei test fisici avessero un riscontro anatomico. Hanno così visto – e riferito su «Emotion» – che i primi presentavano uno specifico ingrossamento del nucleo cingolato anteriore, dove vanno a finire molte terminazioni del dolore. (a.c.d.)



L'appello

REGISTRI TUMORI
IN FIN DI VITA

L'Associazione italiana dei registri tumori (Airtum) denuncia una situazione di semi-illegalità che perdura ormai da troppo tempo e che può essere così sintetizzata: innanzitutto, nonostante il primo Registro tumori italiano abbia compiuto 30 anni, non esiste ancora una legge nazionale che istituisca formalmente i Registri e permetta loro di accedere legalmente ai dati sensibili che stanno alla base della produzione delle statistiche su tumori nel nostro Paese. Questi dati (di mortalità, ricoveri ospedalieri, anatomia patologica) sono presenti nei sistemi informativi regionali, in quelli delle aziende sanitarie, nei servizi di anatomia patologica e nelle cartelle cliniche. Negli anni passati, pur in via informale e scontando la discrezionalità delle decisioni, i Registri hanno sempre avuto accesso alle informazioni necessarie. E hanno condotto il loro lavoro di raccolta ed elaborazione col massimo del rigore e della professionalità ottenendo validazione e riconoscimento a livello nazionale e internazionale. Ma lasciare che una procedura delicata come la registrazione dei tumori di un intero Paese si basi su un passaggio di dati privo della necessaria copertura legislativa è alla lunga insostenibile. Negli ultimi tempi le Regioni e le istituzioni sanitarie sono sempre meno disponibili a fornire a loro rischio e pericolo i flussi informativi necessari alle attività di registrazione dei tumori. Così i Registri rimangono senza dati su cui lavorare. E un Registro senza accesso ai dati non può funzionare. Se non si farà chiarezza in tempi brevi sulle norme che regolamentano il trattamento dei dati sensibili da parte dei Re-

gistri tumori (ma anche dei registri di altre patologie rilevanti) si rischia il blocco totale della raccolta di informazioni aggiornate e affidabili sulla diffusione della patologia oncologica. Senza l'accesso ai flussi informativi regionali e alle cartelle cliniche non sarà possibile produrre nuovi dati di incidenza della malattia, monitorare la sopravvivenza e calcolare gli andamenti temporali sulle tendenze all'aumento o alla riduzione dell'insorgenza di neoplasie. Queste statistiche sono essenziali per la tutela della salute pubblica. Prova ne è il fatto che il ministero della Salute fa continuamente ricorso ai dati dei Registri per mettere a punto i piani di prevenzione dei tumori; organizzare i programmi di screening per la diagnosi precoce; per programmare i servizi di diagnosi e cura. Inoltre i dati dei Registri vengono utilizzati da tutti i ricercatori che conducono studi sulle cause dei tumori. E ai dati dei registri si ricorre ogni volta che c'è un'emergenza ambientale. Dopo il ddl contenente l'istituzione dei registri di patologia, approvato dal Senato all'unanimità nel 2008 e vanificato dalla caduta del governo Prodi, le istituzioni preposte non sono state in grado di affrontare e risolvere il problema. I tempi lunghi della politica stanno inesorabilmente mettendo in forse già da ora l'elaborazione delle statistiche di sopravvivenza in programma per la fine dell'anno. Se si vuole continuare a tenere sotto sorveglianza la patologia tumorale è necessario che il legislatore istituisca i registri di patologia e che individui la procedura d'urgenza più conveniente per permettere ai Registri tumori di lavorare, alla luce del sole, e in piena legalità.



L'uguaglianza è un mito che danneggia la salute delle donne

LUCI DI POSIZIONE

DI LUCETTA SCARAFFIA

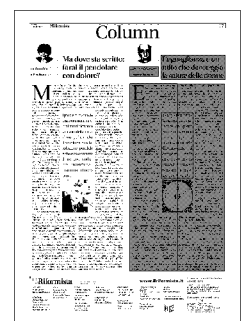
E così un altro 8 marzo è passato, fra le solite mimose - ma, almeno, abbiamo avuto la conferma che servono agli immigrati per fare un po' di soldi! - e i soliti sfoggi di retorica, con le lamentele per il poco potere che tocca alle donne, e naturalmente per la loro modesta presenza nella sfera politica. Si è aggiunto, quest'anno, il lamento sulle donne "velinizzate", che non sono scelte per merito ma per avvenenza, e per le donne "tangentate", usate cioè come strumento di corruzione. E probabilmente, sempre quest'anno, l'8 marzo l'hanno festeggiato anche i trans, ai quali ormai è riconosciuto un ruolo manifesto nella nostra società.

Ma, per fortuna, ci sono state anche celebrazioni più serie e interessanti: l'*Economist*, per esempio, con un numero interamente dedicato al Gendercide, cioè all'eliminazione delle bambine, abortite o lasciate morire, che si calcola raggiungano i cento milioni. Non è una sventura naturale, ma l'intervento umano - e cioè «una maligna combinazione di atavico pregiudizio, moderna preferenza per le piccole famiglie e tecnologia a ultrasuoni» - che porta a una realtà sociale deformata:

avremo fra breve società nelle quali la presenza femminile sarà decisamente insufficiente e in cui, fra dieci anni, un maschio su cinque non riuscirà a trovare moglie.

Non solo: a Milano la Fondazione Irccs Istituto Neurologico Carlo Besta ha organizzato un convegno intitolato "Tutta cuore e cervello", dove finalmente si affronta la salute femminile da un'ottica specifica, partendo cioè dalla realtà della condizione delle donne. In altre parole, riconoscendo che il corpo femminile funziona diversamente da quello maschile, diversamente reagisce a stress e patologie, diversamente si comporta nelle cure e di fronte ai farmaci. Le donne non sono diverse solo per quanto riguarda gli organi riproduttivi, ma per molti altri importanti aspetti: l'ideologia dell'uguaglianza aveva schiacciato questa diversità, e le stesse donne medico e le scienziate avevano paura di evocarla.

Oggi, per fortuna, questa paura è finita, e si dice a gran voce, finalmente, che anche le donne devono essere curate in modo appropriato perché - hanno detto al convegno molti relatori - se pure per loro l'aspettativa di vita è più alta, esse sono anche malate più a lungo e curate meno bene. Questo anche per motivi culturali: di solito sono le donne a occuparsi degli altri,



a curare gli altri, e molto meno pretendono che ci si occupi di loro.

Ecco un esempio: benché il 41 per cento delle donne muoia vittima delle malattie cardiovascolari, ancora oggi queste malattie vengono considerate specifiche del sesso maschile, e il loro studio e quello dei fattori di rischio hanno interessato prevalentemente gli uomini, tanto che il direttore dell'istituto di cardiologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, Maria Grazia Modena, ha denunciato che «forse il più importante fattore di rischio di cardiopatia ischemica nelle donne è la percezione sbagliata che la cardiopatia ischemica non sia una malattia delle donne». Infatti, mentre viene fatta una buona prevenzione del tumore al seno, si continua a ignorare che la maggioranza delle donne muoiono per malattie cardiovascolari.

In un recente documento, il Comitato Nazionale di Bioetica si è occupato della sperimentazione **farmaceutica** nei confronti delle donne, rivelando che la metà femminile ne risulta pesantemente penalizzata: le ditte **farmaceutiche**, infatti, fanno testare i nuovi medicinali solo agli uomini, con i quali è più facile il controllo delle reazioni - i maschi non hanno grosse differenze di ciclo ormonale - e non rischiano, soprattutto, di iniziare una gravidanza. Così le donne sono curate con medicine spesso non misurate per il loro fisico, né come dosi, né come effetti terapeutici o collaterali. Ma, finora, l'ideologia dell'uguaglianza ha coperto tutto: piuttosto che rischiare di essere retrocesse per la loro

differenza, le donne hanno sopportato in silenzio questa palese discriminazione.

Queste notizie, però, non fanno molto clamore, anche se condizionano la vita quotidiana delle donne. Si preferisce infatti parlare di fenomeni che possono essere buttati in politica, come le storie delle veline, anche se riguardano solo una minoranza.

Ma, soprattutto, si preferisce pensare che il comportamento degli scienziati non sia toccato dai pregiudizi della società in cui vivono, e che essi scelgano direzioni di ricerca mosse soltanto da nobili e giuste intenzioni. E quindi, in sostanza, che la ricerca scientifica si muova sempre nelle direzioni eticamente più giuste, in un empireo superiore non contagiato dalle debolezze umane che affliggono invece ambiti come la politica e la cultura. Peccato che, intanto, ne soffra la salute delle donne, in nome di una errata ideologia, cioè per un malinteso concetto di eguaglianza.

Il corpo femminile funziona diversamente da quello maschile, diversamente reagisce a stress e patologie, diversamente si comporta nelle cure e di fronte ai farmaci, che invece vengono sempre testati sul maschio

Il bilancio Saranno tagliati i fondi agli altri assessorati per ripianarlo

Sanità, buco di 309 milioni

Fiore: «Non c'è rischio di commissariamento»

BARI — Il disavanzo sanitario 2009 è ufficiale, ammonta a 309 milioni: in linea con quello maturato l'anno precedente (315). La giunta si riunisce lunedì per decidere la copertura. Quest'anno si farà a meno dell'addizionale Irpef dello 0,5% e dell'accisa sulla benzina, entrambe abolite. Tra stanziamenti nel bilancio di previsione 2010 (a rimedio del previsto deficit) e recuperi di avanzi, si copre gran parte della necessità. Resta scoperta una cifra di 54 milioni. Si provvederà prelevando dalla spesa corrente del bilancio autonomo (non sanitario). In questo modo si tengono a freno le uscite, in ossequio alle sanzioni previste per aver violato il patto di stabilità.

A PAGINA 13 Strippoli

Il «buco»

La cifra è un pre-consuntivo: il risultato definitivo potrebbe essere superiore, ma non di molto

Il deficit della sanità a 309 milioni La Regione studia come ripianarlo

Sarà richiesto a tutti gli assessorati un taglio alla spesa corrente

BARI — Il disavanzo del sistema sanitario pugliese per il 2009 è accertato: ammonta a 309 milioni di euro, in linea con quello maturato l'anno precedente (315). È invece allo studio, e lo si sta definendo in queste ore, il meccanismo di copertura del deficit. Quest'anno si dovrà fare a meno dell'addizionale Irpef dello 0,5% e dell'accisa sulla benzina, entrambe abolite. Tuttavia, tra stanziamenti in bilancio a rimedio del previsto deficit e recuperi di avanzi, si copre gran parte della necessità. Resta scoperta una cifra attorno ai 54 milioni. Circolano diverse ipotesi: quella più probabile è la compressione della spesa corrente del cosiddetto bilancio autonomo (non sanitario). Un sacrificio di tutti gli assessorati a favore della sanità. Non è una novità, ma questa volta sarebbe necessitata dalle sanzioni imposte per la violazione del patto di stabilità.

Il deficit

I preconsuntivi delle varie Asl e aziende ospedaliere sono stati sommati (deficit lordo) e successivamente depurati, secondo le regole del «tavolo Massicci» che chiede di non calcolare alcune voci di uscita. Il risultato è un rosso di 309

milioni. La cifra, trattandosi di pre-consuntivi, cioè risultati non definitivi, potrebbe salire. Ma non in modo considerevole, sostengono gli uffici dell'assessorato alla Salute. Vero è che l'anno scorso nel passaggio dai preconsuntivi ai consuntivi, il deficit salì di 62 milioni. Ma questo, spiegano i tecnici dell'assessore Tommaso Fiore, fu causato dal buco nei conti scoperto nell'Asl foggiana. Quest'anno non si teme nulla del genere.

Il governo

Il 16 marzo è previsto il primo degli appuntamenti al tavolo Massicci (dal cognome del dirigente del ministero dell'Economia che lo guida). Il secondo

è previsto, con i dati definitivi, tra fine marzo e metà aprile. Il tavolo sancirà i correttivi.

La copertura

La giunta regionale sarà chiamata lunedì a discuterne. Circola una ipotesi. Il disavanzo di 309 milioni verrebbe coperto in questa maniera: quasi 143 milioni dall'Irap, così come previsto nel bilancio di previsione 2010; 104 dall'Iva



non sanitaria (di anni precedenti, dotazioni scovate in bilancio); altri 7-8 arriverebbero da differenze positive delle manovre fiscali impostate negli anni passati, tanto sull'Irpef quanto sull'accisa sulla benzina. Rimane scoperta una cifra attorno ai 54 milioni. Questa potrebbe essere recuperata dall'avanzo di amministrazione del bilancio regionale (gli accertamenti indicano tale possibilità). Oppure potrebbe essere prelevata dalla spesa corrente, sottraendola in quota parte a tutti gli assessorati.

Il patto di stabilità

In questo ultimo caso, si parla di economie «derivanti dalla minore impegnabilità della spesa». Si tratta di questo: nel 2010 si deve contenere la spesa corrente al livello del 2007, a causa delle sanzioni per la violazione del patto di stabilità negli ultimi due anni. Il rimedio escogitato eviterebbe di produrre spesa corrente e, contemporaneamente, indirizzerebbe l'equivalente a copertura del disavanzo sanitario. Se il tavolo Massicci accettasse l'impostazione, si conseguirebbero due risultati (contenere la spesa e coprire il deficit) con la medesima manovra. Sembra escluso il ricorso ai fondi Fas che l'ultimo Patto della salute, trasfuso in Finanziaria, ha consentito.

Commissariamento escluso

La previsione della copertura conduce gli uffici regionali «ad escludere il commissariamento» previsto dal Patto della salute in caso di sfioramento dei conti. «Si lavora — spiegano i tecnici — all'ulteriore discesa del deficit, tanto più in attesa dei risultati delle misure di contenimento previste nelle ultime leggi».

Francesco Strippoli