

Rassegna del 11/06/2010

MESSAGGERO CRONACA DI ROMA - Primo aborto farmacologico, la paziente firma e torna a casa - Troili Raffaella

REPUBBLICA ROMA - Regione-ospedale, scontro sulla pillola abortiva - Righetti Chiara

REPUBBLICA ROMA - "E' una scelta a cui avevo diritto non permetto a nessuno di giudicarmi" - Savelli Flaminia

GIORNALE ROMA - Pillola e mini-ricovero Il primo aborto scatena le polemiche - Paolucci Tiziana

CORRIERE DELLA SERA ROMA - La Polverini conferma i tre giorni di ricovero - Ru486, la paziente rifiuta il ricovero - Di Frischia Francesca

SECOLO D'ITALIA - Quella piccola pillola che cambiò i costumi - De Anna Luigi_G

GIOIA - Micropolicistosi - A. Graziottin

SANITÀ

La Regione adotta un protocollo. Polverini: «Al posto dei medici del Grassi avrei aspettato». Degrassi (Asl RmB): «Degenze così lunghe? Serve una revisione»

Primo aborto farmacologico, la paziente firma e torna a casa

«Sconcertata da tanto clamore, non avevo scelta»

di RAFFAELLA TROILI

Tre giorni di ricovero. E solo negli ospedali che la Asp riterrà idonei, anche in base alla disponibilità di posti letto. La giunta regionale ha approvato un protocollo operativo sull'uso della pillola abortiva Ru486, il presidente Renata Polverini è stata chiara: «Noi da oggi mettiamo in campo i nostri strumenti e credo che le strutture si debbano adeguare». Come a dire: chi va per conto suo, non aspetta che la Regione elabori «un successivo provvedimento che individui le strutture migliori», come hanno fatto al Grassi di Ostia, «se ne assumerà le responsabilità, nel caso succeda qualcosa». «Altri direttori generali - ha rimarcato - hanno atteso la posizione della Regione. Non ci dimentichiamo che parliamo sempre di un aborto, non chirurgico ma chimico, e per questo dobbiamo far riferimento alla legge 194. A questo proposito sono molto carenti i consultori nel Lazio e per questo in consiglio regionale è già stata presentata una riforma, in modo da usarli anche per le donne che chiedono di abortire, magari le convinciamo a non farlo».

Intanto la donna che per prima ha fatto uso della pillola Ru486 nel Lazio si dice «sconcertata da tanto clamore rispetto a una decisione medica, oltre che un momento assolutamente privato. Non mi aspettavo un interesse simile, è la mia vita. Ho preso la decisione dopo essermi consultata con i medici». La donna, assunta la prima dose di Ru486, ha firmato la richiesta di dimissioni. Romana, sotto i 40 anni, è «costretta» a dare spiegazioni: «Non avevo scelta, era la quarta gravidanza, ho avuto tre cesarei». Dopo un'ora è andata via, dai figli che l'aspettavano a casa, ha detto ai medici. «Sabato il suo medico - spiega il direttore sanitario Lindo Za-

relli - le prescriverà il farmaco Citotec per l'espulsione dell'embrione, da assumere sabato». Quanto alle critiche aggiunge: «Siamo stati strumentalizzati dalla politica. C'è chi l'ha fatto in un senso e chi nell'altro. La nostra è stata una decisione medica. La signora aveva avuto dei figli e subito interventi all'utero, il trattamento chirurgico sarebbe stato troppo pericoloso. Un caso dunque eccezionale dettato dalle condizioni cliniche. Per il resto ci siamo attenuti alla legge. I politici che stanno esprimendo giudizi farebbero bene, prima di spendere il nostro nome per una battaglia o per un'altra, a consultare almeno chi qui dentro fa il medico e non politica. Sono molto amareggiato».

Parla di «boicottaggio della pillola da parte della Polverini», Giulia Rodano, consigliere regionale di Italia dei valori; «l'obbligo di ricovero non può esistere», sottolineano Giuseppe Rossodivita e Rocco Berardo, consiglieri regionali della Lista Bonino Pannella-federalisti europei. «Un protocollo segno di equilibrio e decisione», invece per il vicepresidente del consiglio regionale, Raffaele D'Ambrosio (Udc).

Piuttosto, Claudio Donadio, primario di Ginecologia del San Camillo rileva che «in questi ultimi giorni arrivano

donne con strane minacce di aborto in atto, emorragie imponenti e sospette da Citotec, vuol dire che si è sparsa la voce e che qualcuno fuori dal sistema nazionale somministra pozioni fuori controllo. E' una bomba che gira, ormai. Quanto a noi siamo pronti siamo pronti, abbiamo già riservato due posti letto. Ma non si può obbligare qualcuno a restare, quello no». La paziente dovrà tornare in ospedale per la seconda somministrazione. Per Donadio è così, invece la signora di Ostia si avvarrà della prescrizione del medico. ha

detto lo stesso Zarelli. C'è confusione, perché «sono decisioni prese in urgenza - così la pensa il direttore generale della Asl RmB, Flori Degrassi - credo che più avanti ci sarà una revisione, con serenità bisognerà capire come organizzare tutto al meglio. Una degenza così lunga per prendere due pillole mi sembra una follia ma risponde a quanto prevede la normativa della 194».

(ha collaborato Mara Azzarelli)



Regione-ospedale, scontro sulla pillola abortiva

Approvato il protocollo: ricovero obbligatorio. Al Grassi la prima paziente lo rifiuta

CHIARA RIGHETTI

RENATA Polverini presenta le regole regionali sull'assunzione della Ru486 intorno alle 15.40, prima di correre al vertice con Fitto e Tremonti sui tagli per le Regioni previsti dalla finanziaria. Ma nemmeno un'ora prima, a Ostia, la prima donna del Lazio a sottoporsi all'aborto chimico ha rifiutato di ricoverarsi in ospedale. Belfando, grazie a un diritto tutelato dalla Costituzione, l'intento delle linee guida nazionali e del nuovo protocollo operativo adottato dalla Regione Lazio. Che già dal titolo parla per la pillola abortiva di «somministrazione solo in regime di ricovero». E che è «molto più vincolante di semplici linee guida, perché ha un valore medico-legale», spiega il subcommissario alla sanità Mario Morlacco.

Agli ospedali che somministrano il farmaco viene prescritto in dettaglio l'iter da seguire, dal colloquio psicologico preventivo ai controlli da farsi 14 giorni dopo le dimissioni. Malgrado questo,

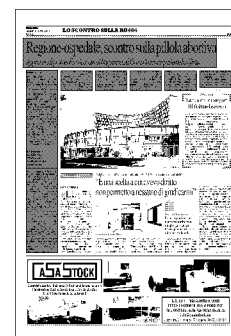
Il direttore sanitario: «Abbiamo agito in tutta coscienza»

ogni donna potrà scegliere di andarsene, come già accaduto ad Ostia. «Lasciare l'ospedale è un diritto», sorride la governatrice. Ma ha parole meno morbide verso i dirigenti della struttura del litorale che hanno anticipato la Regione: «Al loro posto non l'avrei fatto. Spero non succeda nulla, ma se accadrà dovranno assumersi le loro responsabilità». «Ce ne assumiamo tutti i giorni, è il nostro lavoro», replica il direttore sanitario Lindo Zarelli, che si dice amareggiato del «polverone» sulla vicenda e aggiunge: «Abbiamo agito in co-

scienza e nell'esclusivo interesse della paziente, che non poteva essere sottoposta a un aborto tradizionale».

Polverini ringrazia «gli altri dirigenti interpellati, che hanno mostrato senso di responsabilità». Ora, spiega, sarà l'Agenzia di sanità pubblica a stimare il fabbisogno di posti letto da dedicare alla Ru486; poi la direzione Programmazione sanitaria dovrà indicare gli ospedali idonei. Quanto ci vorrà? La governatrice non si pronuncia: «Useremo la procedura d'urgenza, ma prenderemo il tempo necessario per individuare le strutture migliori». L'annuncio fa infuriare l'Idv Giulia Rodano, che parla di «motivazioni risibili»: «È ovvio che ogni struttura già accreditata per l'interruzione di gravidanza può essere idonea. La verità è che la Polverini sta boicottando la Ru486, umiliando sia le donne che gli operatori sanitari». Elogi al protocollo arrivano invece dal consigliere Udc Raffaele D'Ambrosio, che parla di «segnale di equilibrio». «L'obbligo di ricovero non può esistere», ribattono Rossodivita e Berardo, della lista Bonino-Pannella. E non solo prevederlo è «inappropriato» e antieconomico. Ma considerando che la paziente, protocollo o meno, può comunque scegliere di lasciare l'ospedale, la linea della Regione «sembra più cercare un supplemento di pena per chi sceglie un'interruzione di gravidanza che guardare alla buona pratica clinica».

Quanto alla giunta, che ieri ha approvato il taglio del 10% per gli stipendi delle tre prime cariche regionali («da non confondersi — spiega Polverini — con quello previsto in finanziaria, che arriverà nel 2011 e sarà a scaglioni») si prepara a una nuova fase movimentata. Visto che la presidente, interpellata sui tempi per l'ingresso dell'Udc, annuncia: «Ormai ci siamo». Poi con un sorriso tenta di rassicurare i suoi assessori: «Non ci saranno sacrifici».



Parla la donna a cui è stata somministrata la RU486. "Sono tornata a casa dai miei figli"

"È una scelta a cui avevo diritto non permetto a nessuno di giudicarmi"

Il racconto

FLAMINIA SAVELLI

«**L**A PILLOLA abortiva è una scelta a cui ho diritto». Parla con un filo di voce Chiara (è un nome di fantasia) mentre si lascia alle spalle il reparto "Interruzione gravidanze" dell'ospedale Grassi di Ostia. È lei la prima donna nel Lazio a cui è stata somministrata la pillola abortiva RU486: «Appena ho scoperto di essere rimasta incinta — racconta — sapevo che non avrei potuto tenere il bimbo perché ho subito già tre parti cesarei e un intervento all'utero. Così, sono andata al consultorio ma ho capito subito che avrei incontrato delle difficoltà. Per le mie condizioni — prosegue — l'aborto chirurgico era altamente sconsigliato e per quello farmacologico molti ospedali non sono ancora pronti. Mi hanno suggerito di andare al San Camillo, dove però nessuno era disposto ad assumersi la responsabilità. A quel punto ho contattato anche un ospedale di Siena dove già da tempo dispongono della pillola abortiva. Poi una conoscente mi ha detto di provare qui al Grassi, dove hanno accolto la mia richiesta».

Si interrompe per un attimo Chiara, ha gli occhi lucidi. Poi si fa forza e prosegue: «Questa mattina, quando ho attraversato

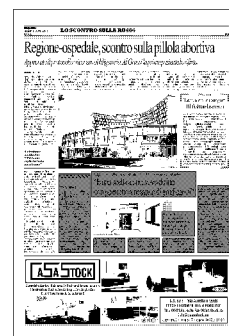
l'ingresso dell'ospedale, ho pensato di tornare indietro, di non farlo più. Ma fisicamente non potei sopportare un'altra gravidanza. E inoltre, non possiamo permetterci un altro figlio. La verità — continua — è che da quando ho saputo che aspettavo un bambino, mi sono sentita sola. Non l'ho potuto dire neanche a mio marito. Lui non approvava. Ho dovuto lottare fino alla fine: per me, perché venissero rispettati i miei diritti. E adesso non permetto a nessuno di giudicarmi. Appena mi hanno somministrato la pillola — conclude — ho deciso di non restare in ospedale nonostante l'insistenza dei medici. Voglio solo tornare a casa dai miei figli, stare con loro. E pensare a domani».

E intanto, mentre Chiara decideva del destino del suo bambino, all'uscita dell'ospedale si sono scatenate le prime polemiche, le associazioni Unicuque Suum, CMO e Gandalf hanno distribuito volantini: "Kill pill, punto di non ritorno. Come possiamo rimanere indifferenti a tutto ciò?".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In solitudine

Dopo tre parti cesarei non potevo affrontare un'altra gravidanza. Ma in questa decisione mi sono sentita sola



Pillola e mini-ricovero Il primo aborto scatena le polemiche

Polverini: «Il nostro protocollo è vincolante ha valore giuridico e deve essere applicato»

SCUSATE L'ANTICIPO

La pillola abortiva RU486, che è stata somministrata ieri per la prima volta nel Lazio. Teatro della novità, l'ospedale Grassi di Ostia, dove la prima paziente a usufruirne ha firmato dopo soltanto un'ora per poter lasciare l'ospedale rifiutando il ricovero. Una decisione avvenuta solo qualche ora prima l'approvazione in giunta regionale del protocollo, che prevede tre giorni di ricovero e l'individuazione di strutture idonee

[Omniroma]

Tiziana Paolucci

La prima pillola abortiva nel Lazio è stata somministrata alle 10 di ieri dai medici del Grassi di Ostia. Poco dopo, la paziente, una romana sotto i quarant'anni madre di tre figli, ha firmato per lasciare il ricovero ed è uscita. Il tutto è avvenuto qualche ora prima che la giunta regionale approvasse il protocollo operativo per la RU486. Una circostanza che ha scatenato una bufera di polemiche e scavato un solco tra la Regione e i vertici del Grassi.

Se i medici avessero tardato solo un'ora a somministrare la pillola, la paziente sarebbe stata costretta a un ricovero di tre giorni in una struttura idonea, in base a quanto stabilito dal protocollo che ora è valido a tutti gli effetti.

«Si è trattato di un caso eccezionale, autorizzato perché le condizioni cliniche della paziente non permettevano di utilizzare la chirurgia - dichiara Lindo Zarelli, direttore sanitario del Grassi -. La donna, infatti, aveva effettuato tre cesarei più un intervento sull'utero e l'aborto chirurgico avrebbe potuto provocarne la rottura». «Si può procedere all'intervento farmacologico solo entro le sette settimane di gravidanza, che per la donna scadevano tra tre, quattro giorni - prosegue il manager -. È solo per questo che ho autorizzato la somministrazione della RU486, nel rispetto della legge e per garantire la salute della paziente. Ora, con il regolamento regionale, chi vuole

abortire potrà scegliere tra il trattamento chirurgico o farmacologico: al Grassi come in qualsiasi altro ospedale del Lazio».

«Non ci dimentichiamo che parliamo sempre di un aborto, non chirurgico ma chimico - tuona il presidente della Regione Renata Polverini - per questo dobbiamo far riferimento alla legge 194 che prevede sia la salvaguardia assoluta della salute della donna». «Mi auguro non succeda nulla - incalza - ma se successe qualcosa ognuno si assumerà le sue responsabilità. Io al posto del-

LE NOVITÀ È pronta la riforma dei consultori che sono organizzati come trenta anni fa

l'ospedale Grassi non lo avrei fatto. Non vorrei mai trovarmi in una Regione in cui se accadesse qualcosa non sapremo con chi prendercela: per questo è importante avere un protocollo che stabilisca la filiera delle responsabilità».

«Non potevamo opporci quando la donna ha chiesto di essere dimessa - si difende Zarelli -. I pazienti hanno il diritto di appellarsi all'articolo 32 della Costituzione, secondo cui nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario».

Il protocollo appena firmato è più vincolante rispetto alle sole linee guida annunciate in precedenza dalla Pisana, perché ha anche valore giuridico.

E prevede che oltre ai tre giorni tassativi di ricovero, la diagnosi di gravidanza sia molto precoce. Inoltre tutte le strutture che intendono rispettare il documento devono dotarsi di uno o più posti letto ordinari appositamente dedicati. «Il prossimo passo - dichiara Polverini - sarà l'individuazione da parte della Asp delle strutture idonee nel Lazio, anche in base alla disponibilità di posti letto, per stabilire in breve tempo quali sono quelle dove si può garantire con maggiore sicurezza la somministrazione della pillola». Ma la scelta dei nosocomi richiederà almeno una decina di giorni. E nel frattempo? «Ognuno si assumerà le proprie responsabilità», taglia corto Polverini. [TESTO] La Regione ha in cantiere anche la riforma dei consultori. «La normativa regionale vigente risale a più di 30 anni fa - interviene Olimpia Tarzia, consigliere regionale della Lista Polverini -. Ho depositato una proposta di legge di riforma già sottoscritta, oltre che dalla maggioranza, anche da molti consiglieri dell'opposizione, a conferma che il diritto alla vita appartiene a tutti e non ha una colorazione politica o religiosa».



Speciale Grassi

Pillola Ru486

La Polverini conferma i tre giorni di ricovero

di FRANCESCO DI FRISCHIA



La paziente ha preferito andare a casa. Ma nei panni dei medici avrei aspettato a dare la pillola

A PAGINA 2

Regione Al momento sospesa la somministrazione del farmaco: vanno individuati i centri idonei

Ru486, la paziente rifiuta il ricovero

Polverini firma le linee guida: «Sarebbe stato meglio aspettare prima di dare la pillola»

Regole

Sopra Renata Polverini mentre illustra il protocollo per la Ru486. A destra l'ingresso dell'ospedale Grassi di Ostia



È durata solo un'ora il ricovero della prima paziente che ha assunto la pillola abortiva Ru486: la donna infatti qualche ora prima che la presidente della Regione, Renata Polverini, presentasse le linee guida per l'uso del farmaco, ha firmato ed è stata dimessa dall'ospedale Grassi di Ostia. Ma proprio in virtù delle regole appena emanate (che contemplano 3 giorni di ricovero), la somministrazione di questa medicina di fatto è sospesa: l'Agenzia regionale di sanità pubblica (Asp) deve prima individuare le strutture idonee al trattamento. E quanto prevede la delibera approvata ieri dalla giunta che detta le norme per l'uso della pillola abortiva. «Ovviamente abbiamo chie-

sto all'Asp di compiere questa operazione con una procedura d'urgenza», ha precisato la governatrice che ha approvato anche un'altra delibera per tagliare del 10% gli stipendi di tre super manager regionali.

Tornando ad Ostia, poco dopo le 10 la medicina è stata somministrata alla paziente. «La somministrazione - ha spiegato il direttore del Grassi, Lindo Zarelli - è avvenuta rispettando le disposizioni della legge». Verso le 11 e mezza, però, lo stesso Zarelli ha rivelato: «La donna ha preferito andarsene. Andrà a casa e poi dal suo medico che le prescriverà il farmaco per l'espulsione dell'embrione» da assumere domani.

Quando è stato chiesto un

commento sulla vicenda, la Polverini ha fatto notare: «Mi auguro che non succeda nulla, ma se succedesse qualcosa ognuno si assumerà le sue responsabilità. Io al posto dei medici del Grassi non l'avrei fatto. Comunque con l'assistenza in ospedale si rischia di meno, ma non possia-



mo incidere certo sulla libertà delle persone: ogni malato è libero di decidere di firmare e tornare a casa». Ma Giulia Rodano (Idv) attacca: «La Polverini di fatto boicotta l'adozione della Ru486: mi auguro che l'ospedale Grassi garantisca alla paziente tutte le precauzioni necessarie a concludere il procedimento di somministrazione della Ru486, secondo quanto previsto dalla deontologia professionale e dalla normale procedura del servizio pubblico».

La presidente della Regione ha sottolineato che richieste per l'utilizzo della Ru486 erano arrivate anche da altre Asl, ma i manager si erano comportati in modo diverso rispetto alle decisioni prese ad Ostia: «Nonostante alcune richieste, i direttori generali di altri ospedali pub-

blici hanno negato la somministrazione della pillola in quanto non c'erano ancora le linee guida».

Approfondendo l'analisi del «protocollo operativo per la Ru486», la governatrice ha ribadito che «un aborto chimico è sempre un aborto e quindi è mio dovere, senza fare scelte ideologiche, far riferimento alla legge 194 che prevede ci sia

la salvaguardia assoluta della salute della donna». E Mario Morlacco, sub commissario alla sanità, seduto al suo fianco, ha precisato: «L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e il Consiglio superiore di sanità hanno dichiarato che serve il ricovero per tre giorni e noi applichiamo questa regola anche nel Lazio» perché «le linee guida sono degli indirizzi e possono essere disattesi. Il protocollo operativo invece è più vincolante perché ha valore giuridico, ha valenza medico legale e deve essere applicato».

Dopo aver ricordato che il suo auspicio è sempre quello che le donne non scelgano di abortire, la Polverini ha ammesso che «nel Lazio i consultori sono molto carenti» e per questo in Consiglio regionale «è già stata presentata una riforma dei consultori per assistere anche le donne che chiedono di abortire - ha annunciato -. Magari le convinciamo a non farlo».

Francesco Di Frischia

QUELLA PICCOLA PILLOLA CHE CAMBIÒ I COSTUMI...

◆ Luigi G. de Anna

La pillola anticoncezionale compie cinquanta anni. In Finlandia la ricorrenza è stata ricordata con particolare attenzione. E a buon motivo, considerato che fu la sua introduzione nel 1961 nelle farmacie a rivoluzionare la realtà demografica del Paese. Fino al 1962, anno dell'arrivo del farmaco ormonale in Finlandia, le famiglie con più di cinque figli erano numerose. Come nel resto d'Europa, la mortalità infantile richiedeva il suo tributo, soprattutto nelle campagne, dove i "torparit", cioè i mezzadri, vivevano spesso sotto la soglia della povertà.

Una volta, ero ospite di un amico, mi colpì vedere incorniciata una foto di una tipica famiglia contadina. Risaliva agli anni Venti del secolo scorso. Accanto ai genitori si vedeva una pletera di figli, bambini e adolescenti. Alcuni di loro erano in piedi nell'erba alta. Chiesi come mai fosse stata scelta proprio quell'ambientazione campestre. Mi rispose che in questo modo nascondevano i piedi. Non avevano scarpe. Il numero dei figli cresceva anche in relazione alla fede religiosa professata dai genitori. Chi apparteneva alle sette luterane dai costumi più severi, come i seguaci del missionario svedese Lars Laestadius, metteva al mondo più bambini. Anche allora esisteva comunque un metodo anticoncezionale, che potremmo definire come "naturale", basato sull'allattamento. Se infatti si continuava ad allattare si evitavano nuove gravidanze.

La trasformazione della società nordica da agricola in urbana segna l'inizio della rivoluzione demografica. In Finlandia dai 110mila nati alla fine degli anni Quaranta si passa agli 80mila del 1962 per scendere ulteriormente fino ai 60mila circa di oggi. Le donne finlandesi mettono al mondo in media 1,5 figli, una percentuale leggermente superiore a quella italiana. In Finlandia però la tutela della maternità è una delle più avanzate nel mondo, grazie a un lungo congedo di maternità (o di paternità), alla garanzia del posto di lavoro, a un congruo aiuto finanziario e di assistenza sanitaria. Anche nei Paesi nordici l'età media della madre che partorisce il primo figlio si è alzata rispetto al passato, non solo perché ci si accasa più tardi, anche in conseguenza dell'allungarsi dell'aspettativa di vita, ma anche perché si prolungano gli studi o si cerca un lavoro non precario. In ogni caso fare un figlio non presenta quegli aspetti di scelta, spesso drammatica, tra carriera o studi e maternità come si verifica in Italia. Molte mie

studentesse hanno infatti già un figlio, e questo grazie appunto all'assistenza sociale di cui possono godere in Scandinavia. Ad esempio nel villaggio universitario, che ospita la maggior parte degli studenti, ci sono asili nido e consultori. La madre single gode di ulteriori aiuti e contributi.

Uno dei motivi però per il ritardo nella maternità è dovuto proprio alla cinquantenne pillola, che ha permesso alle donne

di programmare il futuro proprio e della propria famiglia. Una pianificazione necessariamente egoistica, infatti il ricambio della popolazione è in passivo, e cioè le nascite non compensano la necessità di forza lavoro in un Paese dove il numero degli anziani cresce continuamente, ponendo, come altrove, seri problemi. Nonostante tutto, la popolazione aumenta costantemente, ma questo in virtù dell'afflusso degli immigrati extracomunitari, grazie ai quali si potranno pagare le future pensioni. La pillola E (come è qui chiamata), non ha avuto soltanto la funzione di far pianificare le famiglie, ma ha anche dato inizio alla rivoluzione sessuale dei primi anni Sessanta, quella "liberazione" femminile che fece della Scandinavia il paradiso sognato da legioni di maschi latini. A parte la naturale tendenza delle nordiche a una vita sentimentale libera, retaggio forse dei tempi vichinghi, si aggiungeva ora la possibilità per la donna di non essere più dipendente dall'uomo nella contraccezione. Al condom si sostituiva insomma una farmaco assunto dalla partner, che così non andava più incontro a sorprese indesiderate. Eppure la diffusione della pillola E- non eliminò quel tragico fenomeno che è l'aborto, una pratica che aveva raggiunto livelli preoccupanti. Per questo motivo nel 1970 la Finlandia cambiò la legislazione relativa per mettere un fine agli aborti clandestini e anche ai pericoli a essi connessi.

Grazie alla diffusione dei metodi anticoncezionali e all'educazione sessuale impartita nelle scuole e nei consultori, il numero degli aborti in Finlandia è dimezzato rispetto agli anni Settanta, passando da ventimila a diecimila. Il numero è ancora alto e ci si potrebbe chiedere come mai. Una spiegazione sta nel fatto che manca quasi completamente in Scandinavia il forte sentimento religioso che abbiamo in una parte della popolazione italiana, che per motivi morali rifiuta questa pratica offensiva per i valori della vita umana. Infine, soprattutto per le giovanissime, si fanno sentire le conseguenze dell'uso di alcolici, che abbassa la capacità di controllo. Per questo motivo in Finlandia si sta discutendo se è opportuno di-



stribuire gratuitamente alle adolescenti la pillola contraccettiva. La sua diffusione tra le giovani ha però un pericoloso risvolto, rappresentato dall'esponenziale aumento di malattie veneree, causato dall'abbandono del condom. In un certo senso, il timore di molti, quando nel 1962 fu introdotta la pillola, era giustificato, e che cioè la magica pozione ormonale avrebbe abbassato la soglia di moralità delle donne, tanto che molti medici in quei primi anni la prescrivevano solo alle donne sposate e non alle "signorine" per non eccitarne la sessualità, con conseguenze ritenute essere devastanti. Insomma, quello che le nostre nonne portavano scritto sulla camicia da notte "non lo fo pel piacer mio, ma per dare un figlio a Dio" aveva un suo senso. Peccato che di figli a Dio se ne diano oramai pochini. Le tendenze, col tempo, si invertono.

L'ANNIVERSARIO
È STATO CELEBRATO
IN MODO PARTICOLARE
IN FINLANDIA, DOVE
I CONTADINI USCIRONO
DALLA LORO POVERTÀ

salute



Iniziare fin da adolescenti

Le donne affette da micropolicistosi ovarica sono tendenzialmente sovrappeso e hanno una maggiore probabilità di sviluppare nel tempo diversi disturbi metabolici: diabete mellito, insulino-resistenza, eccesso di colesterolo, ipertensione e aterosclerosi. In più, il tessuto adiposo è una potente ghiandola endocrina: produce infatti un estrogeno negativo per la salute (estrone) e ormoni maschili, tra cui il testosterone, che peggiorano

acne e irsutismo. Ecco perché è essenziale mantenere il peso forma. Le alterazioni metaboliche sono critiche per la salute: la micropolicistosi non è solo un problema ginecologico ed estetico, ma un disturbo che influisce sul benessere complessivo a lungo termine. Per questo va affrontata fin dalla adolescenza, con terapie adeguate e stili di vita sani, che includono movimento fisico aerobico quotidiano e un'alimentazione equilibrata.

GLI STILI DI VITA AMICI DELLA BELLEZZA

Ecco le strategie per curare acne e irsutismo.

- Alimentazione a base di pesce, carne, uova, cereali, legumi, verdura e frutta poco dolce: questi alimenti contrastano la tendenza all'aumento di peso e riducono il tessuto adiposo, che contribuisce alla produzione di ormoni anche maschili.

- Movimento fisico aerobico per 45 minuti al giorno: jogging, nuoto, bicicletta e ginnastica a corpo libero. Lo sport ottimizza l'utilizzo dell'insulina e riduce lo stress, che favorisce l'iperandrogenismo.

- Pulizia della pelle.
- Detersione dall'estetista, una volta al mese.

GINECOLOGIA & VITA DI ALESSANDRA GRAZIOTTIN*

MICROPOLICISTOSI OVARICA: CHE COS'È, COME SI CURA

“Ho 17 anni e mi sento bruttissima! Ho il viso tutto rovinato dall'acne, i capelli grassi, un'orribile peluria scura dappertutto, persino sul seno! Il medico mi ha detto che ho la “micropolicistosi ovarica” e mi ha consigliato di prendere la pillola: così curo l'acne, elimino i peli superflui, evito che l'ovaio peggiori e regolarizzo il ciclo, che in effetti è molto irregolare. Io però non ho mica capito bene cos'è questa malattia. Potrebbe spiegarmelo lei?”
Maria T. (Napoli)

Cara Maria, la diagnosi del tuo medico è corretta: l'acne, i capelli grassi e l'aumento della peluria sono tutti problemi riconducibili alla micropolicistosi ovarica (o sindrome dell'ovaio policistico), un disturbo ormonale che interessa circa il 10 per cento delle donne in età fertile. Quando l'ovaio non funziona correttamente, i follicoli maturano con difficoltà e si formano tante piccole cisti, il ciclo diventa irregolare e a volte senza ovulazione (“anovulatorio”). Aumenta la produzione di ormoni maschili, con tutti i problemi estetici che lamenti. In particolare, l'aumento di peli si definisce “ipertricosi” se si verifica in sedi femminili, con modesto aumento della peluria; e “irsutismo” se compare invece in sedi maschili, come il viso, l'addome o il seno. La micropolicistosi ha una base ereditaria: le parenti di primo grado di donne affette hanno una probabilità del 51 per cento di sviluppare il disturbo. Il principale fattore predisponente è “dismetabolico”, dovuto a un eccesso di insulina (iperinsulinemia) che, attraverso la mediazione dell'ipofisi, stimola l'ovaio a produrre ormoni maschili. La manifestazione della malattia dipende anche da fattori ambientali: lo stress, per esempio, può peggiorare le difficoltà ovulatorie e aumentare ulteriormente la produzione di testosterone. La disfunzione ovarica spiega l'eccesso di ormoni maschili nel 95 per cento dei casi. Nel restante 5 per cento l'iperandrogenismo può essere causato da malattie delle ghiandole surrenali, un eccesso di prolattina o rarissime forme tumorali.

La micropolicistosi si affronta con la terapia contraccettiva, in cui utilizziamo il doppio vantaggio della contraccezione e di un'ottima terapia per il disturbo, come ha suggerito il tuo medico. Sono preziose le pillole contenenti progestinici, ormoni artificiali simili al progesterone naturale; il ciproterone acetato o il drospirenone, contenuti in alcuni tipi di pillola contraccettiva; oppure la norelgestromina che, invece, è presente nel cerotto contraccettivo transdermico, più leggero dal punto di vista metabolico perché gli ormoni attraverso la pelle entrano direttamente nel sangue, saltando il passaggio epatico.

Questi contraccettivi hanno un triplice vantaggio: riducono la produzione ovarica di testosterone, evitano il peggioramento della situazione cosmetica e dell'ovaio e proteggono la fertilità, perché c'è sempre il rischio che l'anovulatorietà da sporadica diventi cronica. Il drospirenone ha anche il vantaggio di avere una leggera azione diuretica, che contrasta la tendenza all'aumento di peso tipica delle donne con micropolicistosi, mentre la norelgestromina contenuta nel cerotto transdermico ha il pregio di ridurre la produzione di sebo, rispettando però l'idratazione della cute. Per saperne di più, ti suggerisco di visitare il sito (www.sceglitu.it), della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), pensato proprio per le giovani come te. ■

* Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia medica ospedale San Raffaele Resnati di Milano (www.alessandragraziottin.it).
Inviare le vostre lettere per Alessandra Graziottin all'indirizzo di posta elettronica (gioiaposta@hachette.it).

PRIMO PIANO / BASTA SPRECHI



2. SANITÀ: OSPEDALI K.O.

Con i tagli diminuiranno i medici e si allungheranno le liste di attesa. La qualità delle prestazioni non potrà che peggiorare e i cittadini saranno sempre più spesso costretti a rivolgersi a strutture private

DI IGNAZIO MARINO

Medici pronti a incrociare le braccia, magistrati in rivolta, dipendenti pubblici sul piede di guerra, lavoratori convocati in piazza dalla Cgil per il 12 giugno con la possibilità dello sciopero generale che aleggia nell'aria. Che cosa è successo al Paese dove tutto andava bene, anzi sempre meglio, descritto dal presidente del Consiglio e dal ministro dell'Economia negli ultimi tre anni? Dove è finita la ripresa economica che faceva sperare in un futuro roseo? E quell'oasi tanto solida e ben gestita

da essere rimasta praticamente immune agli effetti della crisi finanziaria mondiale? Serviva la catastrofe sfiorata dalla Grecia per fare aprire gli occhi al governo? O forse, per ammettere ciò che è sotto gli occhi di tutti, al premier serviva un periodo al riparo da scadenze elettorali?

La verità è che il Pil dell'Italia è diminuito drammaticamente e tornerà ai livelli del 2007 non prima di cinque anni, il tasso di disoccupazione è salito al 10,5 per cento e scenderà ai livelli pre-crisi intorno al 2017, la spesa pubblica è cresciuta senza alcun controllo e il tasso di evasio-

ne fiscale, una volta abolite le misure del governo Prodi, ha ricominciato a galoppare facendo registrare nel 2009, secondo l'ufficio studi della Cgil, 14 miliardi in meno di entrate.

Ci aspettano tempi difficili, lo sapevamo, e ora che anche il governo se n'è accorto, Tremonti prepara una manovra «lacrime e sangue»: 24 miliardi di euro in due anni che si otterranno, dice il ministro, con la riduzione della spesa pubblica, il blocco delle assunzioni e degli aumenti per i dipendenti pubblici, la lotta all'evasione fiscale. Una cosa è certa: non si toccheranno le tasche dei cittadini. Certa sì, ma solo a parole. Perché cosa significa, in concreto, ridurre la spesa pubblica? In primo luogo si tagliano 10 miliardi di trasferimenti agli Enti locali e alle Regioni, con il risultato che i cittadini pagheranno più tasse locali e avranno meno servizi. La sanità è uno dei settori maggiormente colpiti dalla manovra: ci sarà il dimezzamento del personale medico precario che non peserà solo in termini di occupazione, ovvero migliaia di giovani che perderanno il lavoro, ma avrà



effetti dirompenti sul funzionamento di presidi indispensabili come il pronto soccorso.

Inoltre, il blocco del turn-over porterà a una riduzione del numero dei camici bianchi tale da mettere a rischio la qualità e la quantità delle prestazioni sanitarie. Di tutti i medici che andranno in pensione dal 2011 al 2014, solo uno su tre sarà sostituito e di conseguenza molte Unità Operative dovranno rallentare o chiudere le attività ambulatoriali per concentrarsi solo sugli ammalati ricoverati. Le liste d'attesa si allungheranno ulteriormente e i pazienti si dovranno rivolgere al privato. Ma ci sarà un'inversione di tendenza anche nei progressi raggiunti: in un paese dove mancano circa 1.500 anestesisti, bloccare il turn over significa mettere una pietra sopra al progetto dell'anestesia per il parto indolore. Invece di offrire l'anestesia epidurale alle 500 mila donne che ogni anno partoriscono, il servizio sarà di fatto azzerato e chi ne vorrà usufruire dovrà pagarlo come prestazione privata. E così qualche soldo dalle tasche degli italiani, anche se non in forma di tassazione diretta, uscirà.

È certamente corretto ridurre la spesa sanitaria, individuare gli sprechi, tagliare dove serve. Quello che non appare accettabile è il metodo, ovvero tagli indiscriminati a tutti, senza prospettive di investimento né di interventi strutturali. Per controllare la spesa sanitaria ed evitare gli abusi (25 miliardi di spesa farmaceutica e specialistica sono davvero eccessivi) basterebbe attuare la riforma già prevista dal 2001 e mettere in rete medici, farmacisti, laboratori di analisi. In pratica, quando un paziente va dal suo medico, la prescrizione per una visita dallo specialista, per un farmaco o un esame diagnostico viene eseguita direttamente via computer e registrata sulla tessera sanitaria del paziente. Le farmacie, i laboratori, gli specialisti la ricevo-

no ed emettono le fatture solo sulla base di ciò che effettivamente è indicato dalla prescrizione mentre le Asl, prima di liquidare le fatture, possono controllare la reale esecuzione degli esami. Tutto questo serve ad eliminare truffe e comportamenti anomali, ma anche a ridurre i sistemi di gestione cartacea, permettere l'accesso diretto del cittadino alle proprie prescrizioni mediche e, non ultimo, consente di stampare un rendiconto delle spese mediche da allegare alla dichiarazione dei redditi al posto di scontrini e ricevute raccolti meticolosamente durante l'anno. Infine, le Asl potrebbero inviare e-mail periodiche per illustrare quanto sono costate le cure al servizio sanitario e comunicare in maniera trasparente con il cittadino, aumentando la consapevolezza di che cosa riceve in cambio per le tasse che paga allo Stato o alla Regione.

In un'ottica di questo tipo la manovra del governo è un'occasione mancata. Si pensa a recuperare risorse per pagare il debito pubblico ma non per fare crescere il Paese: nessun sostegno ai consumi, all'occupazione, nessun piano di investimenti pubblici né un piano di politica industriale per gli investimenti privati e infine nessuna riforma strutturale a sostegno dello sviluppo, in particolare della green economy. Che significa? Torniamo all'esempio della sanità: più della metà dei 1.066 ospedali italiani risalgono a prima della Seconda guerra mondiale e molti al 1800, un'epoca che male si concilia con le innovazioni tecnologiche in ambito medico degli ultimi trent'anni. Se non ci saranno investimenti in strutture e tecnologia, i nostri ospedali diventeranno sempre meno efficienti e costosi fino a diventare inutili e, ancora una volta, i cittadini saranno

spinti a rivolgersi altrove, ai privati, pagando di tasca propria servizi fino ad oggi garantiti dallo Stato. E il ragionamento non vale solo per la sanità ma anche per altri settori essenziali, primo fra tutti la scuola.

In tutto questo viene poi da chiedersi perché i maggiori sforzi per fronteggiare una crisi sottovalutata debbano ricadere solo su una parte della popolazione, escludendo coloro che, per ricchezza accumulata, stanno economicamente meglio. Sappiamo che la ricchezza delle famiglie ammonta a 8 mila miliardi di euro e che la metà di questa ingente somma è concentrata nelle mani del 10 per cento degli italiani. Ma allora, non sarebbe più equo introdurre una tassa ad hoc per chi possiede patrimoni oltre 5 milioni di euro? Vogliamo ricordare che i cugini francesi, con un governo di destra, hanno confermato un'imposta di solidarietà per i patrimoni superiori a 790 mila euro, recuperando, nel solo 2009, più di 3 miliardi di euro? E non si potrebbe pensare ad un minimo aumento dell'aliquota sulle rendite finanziarie che oggi è di gran lunga inferiore rispetto ai principali paesi europei? E magari affiancare a queste misure più controlli nel verificare che lo stile di vita e il patrimonio di una persona siano coerenti con la sua dichiarazione dei redditi?

La strada dei tagli lineari è evidentemente ingiusta e inefficace. Pur in presenza di questi tagli, infatti, la spesa per il funzionamento dei ministeri in dieci anni è aumentata del 97 per cento rispetto a un Pil che è cresciuto soltanto del 60. Si sono spesi 12 miliardi in più, malgrado il trasferimento di funzioni verso Regioni ed enti locali. Andrebbe dunque avviata da subito una politica programmata di revisione della struttura di bilancio che esamini missioni e programmi in modo analitico. Il metodo deve essere quello anglosassone del bilancio a base zero in cui nessuna spesa storica deve essere data per scontata di anno in anno. Non è un cambiamento che si improvvisa ma è tuttavia indispensabile per cambiare approccio ed evitare che nel nostro Paese si proceda sempre per tamponare le emergenze senza nemmeno tentare riforme che siano efficaci sul lungo periodo.

senatore, presidente commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale



Ignazio Marino. In alto, da sinistra: una sala operatoria; il Pronto soccorso di Maggiore e Niguarda

— I SANITÀ IN ROSSO I —
**Stangata Irpef e Irap,
 il ministro Fazio:
 «Si decide tra 15 giorni»**

Ci sarà la stangata Irpef e Irap nel Lazio a causa del disavanzo della sanità? Ieri ha risposto il **ministro della Salute** Ferruccio Fazio: «Entro dieci-quindici giorni avremo delle risposte per le valutazioni sui decreti presentati dal presidente della Regione Lazio Renata Polverini nei giorni scorsi al Governo. Sto aspettando che i miei uffici mi trasmettano le valutazioni bisogna solo aspettare i tempi tecnici, ma non credo che ci vorrà molto. Entro due settimane avremo delle risposte».

Il Lazio, dunque, secondo quanto dichiarato dal ministro è ancora in attesa di giudizio. Ieri dal Pd è scattato un altro allarme: sta tornando il ticket per i disabili. Spiega il capogruppo Esterino Montino: «Torna il ticket sui disabili. In questi giorni molti portatori di handicap e le loro famiglie, stanno

ricevendo comunicazione informale da parte delle strutture di cura che a breve, probabilmente dall'1 luglio, entrerà in vigore, il decreto che istituisce il ticket sulla disabilità. La misura come è noto prevede che i disabili, quelli coinvolti sono oltre 5000, paghino il 30% della pre-

**L'ALLARME DEL PD
 SUL TICKET**

«In campagna la Polverini l'aveva scongiurato, ora sul tema appare vaga»

stazione, e, stando alla segnalazioni che ci sono pervenute, 8 euro al giorno per il servizio di trasporto. Contro questa misura vessatoria per famiglie e portatori di handicap abbiamo da sempre sostenuto la nostra netta contrarietà, meno decisa è sempre apparsa la presidente Renata Polverini. Nonostante questo alla fine della campagna elettorale aveva promesso che non avrebbe dato seguito al decreto. Nell'ultima riunione con le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione per disabili però la Presidente sul tema è apparsa vaga e non ha preso impegni precisi, è tornata alla timidezza iniziale. Ora forse si capisce il perché». La richiesta che parte dal Partito democratico è quella di fermare l'applicazione del ticket per i disabili.



Sbronze fatali per i teenager

► Bere troppo alcol sotto i 18 anni danneggia irrimediabilmente il cervello: secondo diversi studi lo rimpicciolisce ► Le prime sbronze anche a 11 anni ma tra i minorenni ad alzare di più il gomito ormai sono le ragazze (Primo piano)

Alcolizzati a 12 anni

► Troppi drink alcolici assunti dai giovanissimi ► Boom di "binge drinking": allarme per le donne

ROMA Un aperitivo, e un drink. Un happy hour; e un altro drink. Si esce nel fine settimana, e si beve ancora. Sono alcoliche le serate dei giovani italiani. Ma anche i pomeriggi, a ben guardare, dato che a bere sono sempre più i giovanissimi. Dodici e addirittura undici anni, età proibita per entrare in contatto con l'alcol. L'allarme è stato lanciato ieri dalla tavola rotonda organizzata dalla onlus Atena (associazione terapie neurochirurgiche avanzate) alla presenza del ministro della Salute Ferruccio Fazio e molti medici esperti di settore.

Sotto accusa soprattutto gli happy hour che introducono dolcemente all'abitudine del bere e alla nuova tendenza, il "binge drinking" cioè il consumo in un'unica occasione di 5 o più bevande alcoliche. «Un pericolo soprattutto per le donne - sostiene Giovanni Serpelloni, capo dipartimento per le politiche antidroga del Governo - perchè per la loro struttura fisica assorbono

beve almeno una volta la settimana, secondo l'Istituto superiore di sanità. Il 20% di questi almeno una volta l'anno beve per ubriacarsi.

più lentamente l'alcol. E l'assunzione contemporanea genera una specie di tappo che potrebbe rivelarsi letale».

E sono le donne anche le più precoci: secondo gli ultimi dati diffusi dall'Istituto superiore di sanità, al di sotto dei 18 anni sono proprio loro le principali consumatrici di alcol. Un'abitudine pericolosa: secondo l'Istat, bevendo vino durante i pasti con frequenza più che altro giornaliera, quote sempre maggiori di popolazione sono passate progressivamente a bere alcolici al di fuori dei pasti anche se con frequenza prevalentemente occasionale.

◆ STE.DIV.

75%
degli under 16 anni



Droghe e affini

Spinelli alle medie Un vizio che dilaga

VERONA L'utilizzo di droga deforma la corteccia cerebrale. È il risultato di uno studio presentato a Verona nel corso del congresso "Neuroscienze" organizzato dal dipartimento antidroga della Presidenza del consiglio. E di droga si è parlato anche ieri nel convegno romano: secondo i dati presentati dalla Società di pediatria, il 41% dei ragazzi che frequentano le scuole medie è entrato in

contatto con i cannabinoidi. Che ci sia una relazione tra l'alcol e la droga lo testimonia un altro dato: il 98,6% di chi fa uso di cannabonoide, beve. «In questo caso uno più uno non fa due ma quattro. Perché l'effetto combinato è un moltiplicatore», sostiene Serpelloni, capo del dipartimento antidroga. **• METRO**

500%

è l'incremento degli smart shop in 3 anni. Solo nel 5% dei prodotti venduti sono segnalati gli ingredienti. Così è difficile la diagnosi in caso di malore.

Numero verde

Roma. L'Osservatorio dell'Istituto Superiore di Sanità ha messo a disposizione un numero verde (800 18 60 70) per chi volesse saperne di più sugli effetti di queste sostanze. L'uso di droghe, sostiene l'Iss, ha portato ad un incremento degli ictus giovanili. Prima le emorragie e gli infarti cerebrali erano una malattia dell'anziano, oggi in pronto soccorso arrivano sempre più giovani.

“Con l'uso di droghe si modifica la capacità di adeguare i comportamenti al mondo esterno e di strutturare il funzionamento del proprio cervello.”

GIULIO MAIRA, PRESIDENTE DI ATENA ONLUS E DIRETTORE DELL'ISTITUTO DI NEUROCHIRURGIA DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO "A. GEMELLI".

SALUTE & AFFARI 4 EFFETTO MANOVRA**TROPPO CARO IL CONTO PER IL FARMACISTA**

«Abbiamo appena finito di pagare quell'altro contributo dell'1,4% introdotto dal cosiddetto decreto legge Abruzzo. Circa 200 milioni di euro che nel solo 2009 si sommano ai 650 derivanti dagli sconti al Servizio sanitario nazionale e ai 70 del pay-back». Annarosa Racca (*nella foto*), da due anni la prima donna alla guida di Federfarma, conferma la delusione per la manovra economica del governo. E svela al *Mondo* i retroscena del confronto fallito sulla spesa farmaceutica con il ministro **Ferruccio Eazio** nell'ambito del Patto per la salute 2010-2012:

«E pensare che eravamo pronti ad aperture importanti con un meccanismo di remunerazione non più basato sul prezzo del farmaco ma sulla quantità». «La redditività sui medicinali convenzionati è già

vicina allo zero. Tagliare i margini di ricavo di un ulteriore 3,65% significa mettere a rischio l'intero sistema».

Le misure varate dal governo, secondo i calcoli di Federfarma, costeranno alle farmacie fino a 428 milioni di euro. E se le previsioni saranno confermate dai fatti almeno 3 mila farmacie, quelle più piccole e quelle rurali in particolare, potrebbero chiudere. «Si prescrivono più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso», continua Racca. Con una particolarità che caratterizza soprattutto «le categorie terapeutiche per le patologie più diffuse», dice il rapporto del 2009. «Le prescrizioni tendono a spostarsi dai prodotti più vecchi, alcuni anche a brevetto scaduto, a principi attivi più recenti, sicuramente più costosi ma non sempre più efficaci o sicuri». **M.P.**



A UN ANNO DALL'ALLARME

L'Oms: «Sull'influenza A abbiamo sbagliato»

La difesa: «La dichiarazione di pandemia non fu suggerita dall'industria del farmaco»

■ A un anno dalla decisione di dichiarare lo stato di pandemia di influenza A, H1N1, l'11 giugno 2009, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha risposto punto per punto alle numerose critiche suscitate dalla gestione della crisi ed in particolare quella di aver esagerato la minaccia. L'Oms - in una nota pubblicata oggi sul suo sito - nega di essere stata guidata da eventuali interessi dell'industria farmaceutica.

VERA O FINTA PANDEMIA Le caratteristiche della malattia e dei decessi causati dal virus H1N1 differivano in modo «impressionante da quello osservato durante un'influenza stagionale», sottolinea tra l'altro l'Oms.

GRAVITÀ VIRUS È vero - scrive l'Oms - la definizione della pandemia è cambiata negli anni e un documento del 2003 - spesso citato dai media - associava la pandemia a un «enorme numero di morti e malati», ma non si è mai trattato di una definizione formale, afferma l'Oms.

MINACCIA ESAGERATA L'Oms ricorda che quando il direttore generale dell'Oms Margaret Chan ha annunciato

l'inizio della pandemia, l'11 giugno 2009, ha anche sottolineato che la pandemia si profilava di gravità «moderata». «Non prevediamo di assistere a un'impennata improvvisa e drammatica nel numero di infezioni gravi o fatali», aveva aggiunto. Ma i virus influenzali possono mutare e «questa incertezza» ha indotto l'Oms e molte autorità sanitarie nazionali «a peccare per eccesso di cautela».

H1N1 L'Organizzazione che l'11 giugno 2009 mise in allarme il mondo, ora risponde dal suo sito alle tante critiche suscitate

COLLUSIONE INDUSTRIA? Nessuna prova su casi specifici è emersa dalle indagini recenti, afferma l'Oms.

CONFLITTI DI INTERESSE Potenziali conflitti di interesse sono «inerenti» a qualsiasi rapporto tra un'agenzia come l'Oms e l'industria, entrambi chiedono consigli a esperti di primo piano e molti esperti che consigliano l'Oms hanno legami con l'industria farma-

ceutica. L'Oms dispone di un sistema per proteggere l'Organizzazione da pareri distorti da interessi commerciali, spiega la nota. Chiede quindi agli esperti con cui collabora di dichiarare i loro interessi professionali e finanziari. Quanto alla segretezza dei nomi degli esperti membri del Comitato di emergenza che consiglia l'Oms sulla pandemia è stata decisa proprio per tenerli al riparo da pressioni. Un riesame della prassi è in corso. Nel 2002 l'Oms ha indetto una riunione di esperti sui vaccini antinfluenzali e i farmaci antivirali per elaborare un documento, le linee guida dell'Oms sull'uso di vaccini e antivirali durante le pandemie di influenza. Il documento è stato pubblicato nel 2004. Secondo critiche mosse all'Oms alcuni esperti che hanno partecipato alla riunione avevano legami con l'industria e quindi conflitti di interesse. «Tutti gli esperti che hanno partecipato a questa riunione erano tenuti a presentare una dichiarazione di interessi, debitamente esaminata dall'Oms». Una sintesi di tali documenti non è stata resa nota insieme alla pubblicazione, e l'Oms si rammarica per questa «omissione».

RCro

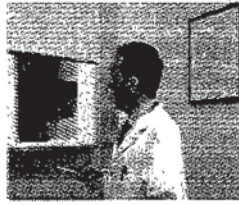




già

Una metà degli ospedali italiani danno segni evidenti di fatiscenza e trascuratezza. La denuncia arriva dal sesto rapporto "audit civico" di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, presentato ieri, dal quale emerge per altro un certo miglioramento delle condizioni di accoglienza e degenza rispetto alle passate edizioni. Lo stesso vale per le liste di attesa, che restano tuttavia un nodo critico.

Sanità pubblica: ancora liste d'attesa interminabili



Le cose migliorano ma, soprattutto sul fronte delle prenotazioni per indagini specialistiche e analisi ormai di routine, siamo

ancora lontani da standard civili accettabili. Basti pensare che, per avere un ecodoppler a colori è stato registrato un tempo di attesa di 335 giorni: quasi un anno! Ma anche per una semplice visita neurologica, a fronte di 30 giorni di attesa previsti dalla legge come tempo limite, in ben 12 Asl (su 52 censite) se ne impongono 90. Quanto alle strutture, nel 40 per cento dei casi si è verificato che, 15 giorni dopo la richiesta di un intervento per manutenzione, nulla era successo.



Sanità Il rapporto del Tribunale per i diritti del malato sulle lungaggini burocratiche

Le liste d'attesa esasperano gli utenti

Fabio Serpotti
ROMA

Il servizio sanitario nazionale sta imparando a combattere gli errori, in primis quello sulla sicurezza dei pazienti e delle sue strutture. Ma le lungaggini burocratiche, i tempi di attesa, il comfort mediocre e la scarsa informazione rappresentano «la triste conferma di un sistema ancora poco incentrato sulle esigenze dei pazienti».

È questo il giudizio che viene fuori dal VI rapporto Audit Civico, promosso da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato e presentato ieri mattina a Roma. Uno studio che per una volta sorvola sui bilanci aziendali e sui conti delle Regioni in rosso e che, al contrario, prova a fotografare lo stato di salute della tra-

ballante sanità italiana attraverso il punto di vista dei cittadini. Un'impostazione condivisa dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, che non a caso ha annunciato che l'obiettivo del Governo sarà quello di «oggettivizzare l'audit civico», per trasformarlo «in uno strumento di valutazione per enti e ospedali». In attesa di questa ipotetica «rivoluzione», sul tavolo restano alcuni punti critici, a cominciare dalla burocrazia, considerata come il «vero ostacolo per i diritti dei pazienti oncologici e dei cittadini con patologia cronica». Secondo il rapporto il 23% delle Aziende resta ancora ad un livello mediocre o scadente, e la situazione più critica è soprattutto al Sud, dove solo il 33% tra le strutture prese in esame raggiunge appena il livel-



Tempi d'attesa esasperanti

lo discreto, mentre il 66% è classificata mediocre o addirittura pessima. In tal senso tra gli indicatori meno rispettati spicca la semplificazione delle procedure per il rinnovo delle esenzioni per patologia (15 Aziende hanno punteggio 0). L'altro nodo da sciogliere riguarda le liste d'attesa la cui gestione resta critica. Secondo il rapporto la disponibilità a spostarsi non è sufficiente a garantire l'accesso nei tempi stabiliti anche per prestazioni che non richiedono particolari tecnologie, come le visite specialistiche. E l'area dei tempi di attesa superiore ai 120 giorni resta ampia, con punte ancora più elevate come nel caso di un ecocolordoppler (335 giorni), di una risonanza magnetica (220) o di una semplice spirometria (210). ◀



SALUTE

IL PROBLEMA DELLE VACCINAZIONI

RAGAZZI DIFENDE

Morbillo e rosolia. Meningite e polmonite. Ma anche tetano e difterite. E persino cancro. Sono malattie che si possono prevenire col vaccino. Ma molti adolescenti non fanno i richiami e la copertura salta

DI LETIZIA GABAGLIO E CATERINA VISCO

Prevenire è meglio che curare. L'adagio quasi banale sembra non valere nel caso delle malattie per cui esiste un vaccino, almeno non per tutte, e soprattutto non nella stessa misura a Milano o a Palermo. D'altronde solo il 29 aprile scorso è stato sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione dopo un buco di tre anni: l'ultimo approvato era quello del 2005-2007, poi più niente per mancanza di copertura finanziaria, e il Piano Sanitario Nazionale destina alla prevenzione, tutta la prevenzione, solo il 5 per cento delle risorse totali.

Risultato: scarsa copertura vaccinale per salvavita come il vaccino contro la meningite o il morbillo. Situazione a macchia di leopardo e cattiva gestione delle campagne per convincere le adolescenti a proteggersi dall'Hpv, il virus responsabile del cancro della cervice uterina. E il fatto che ogni Regione decide per sé, magari, nel caso delle regioni in deficit soprattutto, con un occhio molto aperto sul costo delle campagne vaccinali.

Così, se per le cosiddette vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite, epatite virale B) si riesce a raggiungere a livello nazionale un risultato in linea con quanto stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli ultimi dati disponibili, quelli dell'Indagine di Copertura vaccinale Nazionale nei bambini e negli ado-

lescenti (Icona) condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, mettono a nudo la *débâcle* degli altri vaccini, i cosiddetti "raccomandati". Anche quando esiste una precisa strategia di diffusione, come nel caso del vaccino contro il morbillo e la rosolia.

Sebbene infatti, in accordo con gli obiettivi Oms, il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (Pnem) sia stato emanato nel 2003, a oggi il target non è ancora stato raggiunto. In Italia, a 15 mesi dalla nascita, ha ricevuto il vaccino che immunizza per entrambe le malattie solo il 90,2 per cento dei bambini; un dato sensibilmente inferiore a quel 95 per cento che è il valore necessario per interrompere la trasmissione della malattia. Con casi eclatanti come la Sicilia, dove risulta immunizzato solo l'81 per cento dei piccoli, o la città di Napoli con l'84,2, e il Lazio con l'85,4. Il massimo lo riescono a ottenere l'Abruzzo e la Valle d'Aosta con il 95,9 per cento.

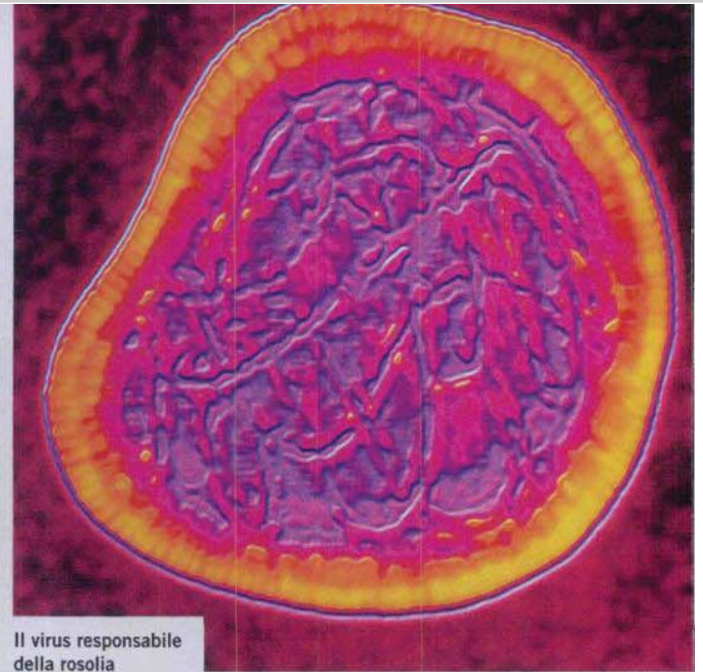
Sotto il livello di guardia anche la copertura contro il meningococco C e lo pneumococco. Di più, il Rapporto considera scarsa (inferiore al 50 per cento) l'adesione a queste vaccinazioni anche da parte dei cosiddetti soggetti a rischio, ragazzi particolarmente esposti alle malattie causate da questi patogeni - meningiti e polmoniti su tutte - a causa

delle loro condizioni di salute, per i quali esiste peraltro una specifica raccomandazione a vaccinare. E il problema non riguarda solo i neonati: Icona fotografa per la prima volta anche la copertura vaccinale

degli adolescenti, registrando dati preoccupanti per quanto riguarda i richiami delle vaccinazioni obbligatorie. La 5° dose di vaccino contro tetano e difterite, prevista dal calendario vaccinale fra gli 11 e i 15 anni, viene effettuata solo da poco più del 50 per cento del campione, con estrema variabilità fra le diverse regioni. Il problema è che l'immunità contro queste due malattie diminuisce con il tempo e i richiami sono indispensabili per mantenere inalterata la difesa contro i patogeni. Eclatante il caso di Napoli con solo il 26 per cento dei ragazzi che completa i richiami, ma non sta messa tanto meglio neanche Milano con il 32,4, o la Calabria con il 33. I virtuosi in questo caso sono il Veneto (88,1 per cento) e la Basilicata (83,8). Non vaccinare i giovani non vuol dire mettere a repentaglio solo la loro salute, ma anche quella dell'intera comunità. Come ha dimostrato tristemente l'ultima epidemia di morbillo, verificatasi fra dicembre 2007 e giugno 2008: il maggior numero di casi è stato registrato tra adolescenti e giovani adulti non vaccinati cresciuti in zone dove la vaccinazione dei nuovi nati è particolarmente di-

Ogni regione fa a modo suo: ma le campagne vaccinali costano. E molti restano al palo

TEVI COSÌ



Il virus responsabile della rosolia



sattesa, per esempio in Campania. E il morbillo contratto in età adolescenziale può avere complicazioni maggiori, come poliomielite o disfunzioni del fegato. Ancora: ci sono giovani donne che affrontano la gravidanza senza aver acquisito l'immunità contro la rosolia. «Abbiamo registrato molti casi di donne in gravidanza che contraggono questa malattia con gravi conseguenze sul bambino», spiega Stefania Salmaso del Centro Nazionale Epidemiologia dell'Iss: «Soprattutto

ci sono donne al secondo o terzo figlio non ancora immunizzate; il che vuol dire che il servizio sanitario ha fallito completamente nel suo compito di prevenzione».

Come è stato possibile arrivare a creare una così forte disomogeneità fra i servizi offerti ai cittadini? Come detto, per mancanza di fondi e coordinamento. Per capire a cosa un ragazzo abbia diritto ci si deve rifare alle misure prese dalle singole regioni. «Esiste troppa differenza sul territorio», sottolinea

preoccupato Giuseppe Mele, presidente della Federazione italiana medici pediatri: «Per noi è fondamentale che si diano le stesse opportunità di salute a tutti i bambini. È necessario creare e mantenere un quadro nazionale omogeneo».

Riepilogando: in Italia sono obbligatori quattro vaccini da somministrare ai bambini nel primo anno di vita: antidifterico, anti-tetanico, antipolio inattivo (Ipv) e anti-epatite B. «Ma bisogna considerare che l'obbli- ▶

SALUTE

gatorietà è intesa da parte del servizio sanitario nazionale, che si deve impegnare a offrire queste prestazioni a tutti gratuitamente e non solo da parte del cittadino», sottolinea Salmaso. Da quando nel 2001 è stato introdotto il vaccino esavalente, che oltre ai quattro obbligatori contiene quello contro la pertosse e quello contro l'*Hemophilus influenzae b*, di fatto anche questi ultimi due sono in qualche modo "obbligatori". E infatti la loro copertura è alta. Sono invece solo raccomandati i vaccini contro il morbillo e la rosolia, l'epatite A e, per le ragazze nel dodicesimo anno di vita, quello contro l'Hpv. Infine, alcuni vaccini sono disponibili, ma raccomandati solo per categorie considerate a rischio: quello contro lo pneumococco, il meningococco C e la varicella.

Ciò che cambia da regione a regione e l'offerta. Che può essere attiva, il servizio sanitario cioè sollecita i genitori con campagne di informazione a far vaccinare i piccoli, o passiva; totalmente gratuita per tutte le vaccinazioni, solo per alcune, o parzialmente, chiedendo ai genitori di partecipare alla spesa. Politiche diverse, decise nell'ambito dell'autonomia in materia sanitaria, che incidono fortemente sul risultato finale. Così una famiglia di Perugia non dovrà pagare nulla per le vaccinazioni, anche per quelle raccomandate o solo disponibili, così come una di Venezia; a Roma invece il vaccino contro morbillo e rosolia è gratis ma quelli contro meningococco C e pneumococco si pagano in parte a meno che il bambino non sia affetto da altre malattie o frequenti l'asilo nido. «Queste diversità si riflettono nella percezione dell'importanza delle vaccinazioni da

Il vaccino è disponibile dal 2008, ma a oggi solo una giovane su quattro è protetta dal tumore della cervice

NOVE SCUDI CONTRO IL KILLER

Ci sono nove proteine che possono difenderci da *Escherichia coli*. Uno studio italiano, condotto dal team di Rino Rappuoli presso Global Head of Vaccines Research della farmaceutica Novartis, ha confrontato i genomi del batterio *E.coli* responsabile della meningite con altri ceppi patogeni e non patogeni, trovando ben 230 proteine comuni a tutti. Di queste, nove sono risultate essere protettive nei confronti delle infezioni e potrebbero essere usate per sviluppare un vaccino ad ampio spettro.

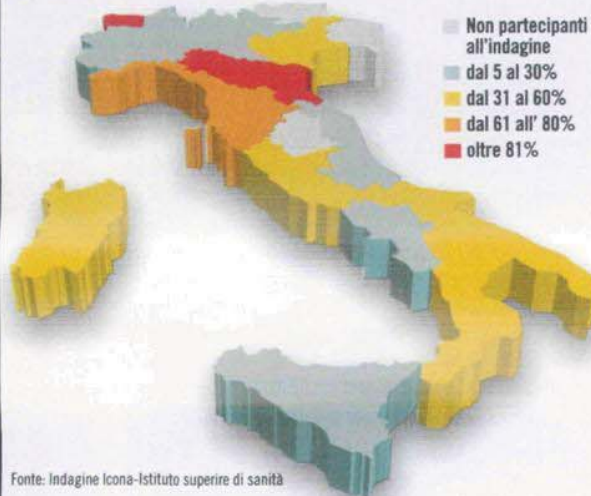
C. Vis.

parte dei cittadini e quindi nella scelta di vaccinarsi o vaccinare il proprio figlio, o meno», spiega ancora Salmaso. Se è obbligatorio sarà più importante, se è gratis anche, pensiero del tutto legittimamente i genitori. Ne è un esempio il caso del Veneto: qui dal 2008 è stata sospesa l'obbligatorietà, tutti i vaccini sono raccomandati ma offerti attivamente e gratuitamente dal servizio sanitario. Con un investimento importante sulle campagne di sensibilizzazione. Risultato: il Veneto è nei primi posti di tutte le classifiche per copertura vaccinale. È questa quindi la strada da percorrere? «In futuro la vaccinazione sarà sempre di più una libera scelta del geni-

tore o del cittadino, ma questo può avvenire solo quando la regione crede e investe nella prevenzione e nella sanità pubblica», commenta Walter Ricciardi direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma: «Al momento non è però possibile replicare l'esempio del Veneto in tutte le altre regioni, si correrebbe il rischio di vedere diminuiti i livelli di vaccinazioni anche di quelle oggi considerate obbligatorie». E il rischio non è solo per la salute, ma anche per le tasche dei contribuenti, come dimostrano gli studi che mettono a confronto il costo delle vaccinazioni con quello necessario a curare le malattie che si potrebbero prevenire. «In

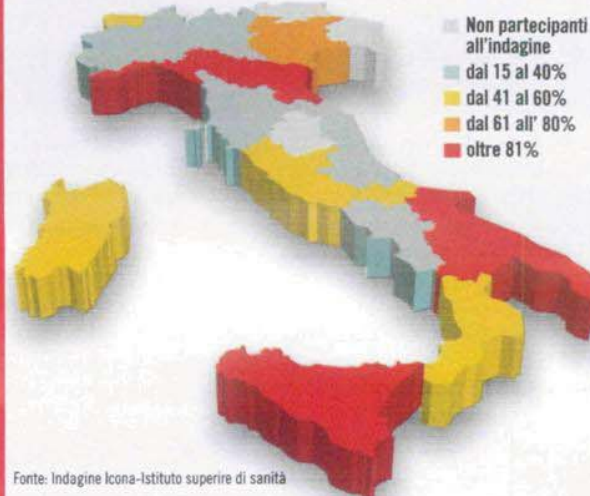
Esposti alla meningite

Distribuzione per regione delle coperture vaccinali per il bacillo del meningococco



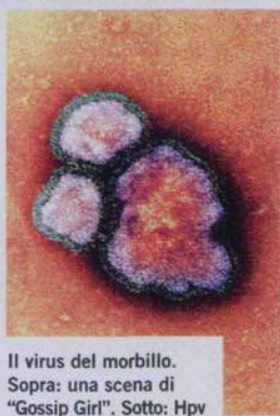
Polmoniti in agguato

Distribuzione per regione delle coperture vaccinali per il bacillo dello pneumococco





generale i vaccini sono tra le tecnologie a più alto valore di costo-efficacia», spiega Ricciardi: «Per esempio, rispetto alle spese sostenute per curare le meningiti, le polmoniti e le otiti provocate dallo pneumococco il vaccino permette di risparmiare moltissimo». Un risparmio che non potrà che aumentare visto che da quest'anno il vaccino attualmente in uso, che contiene 7 sierotipi diversi di patogeno, verrà sostituito da presidi a più ampio spettro (con 10 o 13 ceppi diversi). Per investire nei vaccini «ci vuole una classe politica con un'alta etica sanitaria, in grado di vedere lontano», conclude Ricciardi. Non esattamente quello che si vede in giro. ■



Il virus del morbillo. Sopra: una scena di "Gossip Girl". Sotto: Hpv

L'INIEZIONE ANTICANCRO

Il tumore al collo dell'utero vanta un primato, quello della prima forma di cancro per cui è stato possibile lanciare una campagna di prevenzione con un vaccino. L'obiettivo si raggiunge per

via indiretta: si eliminano alcuni ceppi di Hpv (Human papilloma virus), il virus responsabile della degenerazione del tessuto uterino la cui presenza è associata con lo sviluppo del tumore nel 70-80

per cento dei casi. Il risultato è una protezione alta contro lo sviluppo del tumore. Al momento esistono due vaccini: uno quadrivalente, che colpisce cioè quattro ceppi di Hpv e uno bivalente, indirizzato solo

contro due ceppi, che ha però dimostrato di offrire una protezione anche nei confronti di altri tipi. L'Italia dal 2007 ha inserito questo presidio fra quelli offerti dal Sistema sanitario nazionale per le ragazze di 12 anni. Una decisione presa a livello nazionale che, nelle diverse regioni, ha trovato un'applicazione a dir poco eterogenea. Per ottenere l'attivazione del servizio su tutto il territorio c'è voluto più di un anno e l'obiettivo è stato raggiunto solo nell'ottobre 2008. Ovunque possono ottenere il vaccino gratis solamente

Gratis a 12 anni

Situazione regionale vaccinazione anti-HPV

VENETO	12enni offerta attiva e gratuita 14-26 anni: copayment
VALLE D'AOSTA	12 e 16enni offerta attiva e gratuita
LOMBARDIA	12enni: offerta attiva e gratuita
PIEMONTE	12 e 16enni offerta attiva e gratuita
LIGURIA	12enni offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo 14-26 anni: copayment
TRENTO-BOLZANO	12enni: offerta attiva e gratuita
FRIULI V. G.	12 e 15enni: offerta attiva e gratuita
EMILIA ROMAGNA	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo 14-18 anni: copayment
MARCHE	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo 14-18 anni: copayment
PUGLIA	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo 14-25 anni: copayment
ABRUZZO	12enni: offerta attiva e gratuita 13-26 anni: copayment
BASILICATA	12, 15, 18 e 25 anni: offerta attiva e gratuita Altre coorti: copayment
CALABRIA	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo
TOSCANA	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo
UMBRIA	Coorte 12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo
LAZIO	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo 14-26 anni: copayment
SICILIA	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo 17-25 anni: copayment
CAMPANIA	12enni: offerta attiva e gratuita
MOLISE	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo 14-26 anni: copayment
SARDEGNA	12enni: offerta attiva e gratuita 13enni: recupero gratuito non attivo

le ragazze nel dodicesimo anno di vita che vengono avvisate a scuola dell'opportunità (offerta attiva), per il resto ogni amministrazione locale fa come vuole (come indicato nella tabella). Insomma, non tutte le ragazze italiane sono uguali davanti all'Hpv. Non solo: perché sia efficace sono necessarie tre dosi di vaccino. E, in assenza di un'azione di richiamo attiva delle autorità sanitarie, molte ragazze non si presentano

alla seconda iniezione col risultato di azzerare l'azione protettiva. Come dimostrano gli ultimi dati raccolti dall'Istituto superiore di sanità: a un anno dall'introduzione del vaccino, nelle dodicenni, la copertura a livello nazionale della prima dose supera di poco il 60 per cento ma se consideriamo tutte e tre le dosi si scende al 26,7. La strada per raggiungere l'obiettivo del 95 per cento entro cinque anni sembra decisamente in salita.



L'ESPERTO L'ONCOLOGO CROSIGNANI INDAGÒ SUL FENOMENO SIMILE DI VIA GOLDONI

«L'imputato principale è l'inquinamento»

di ENRICO FOVANNA

— MILANO —

DUE ANNI FA, in una scuola di via Goldoni, furono quattro gli episodi di leucemia infantile. Fu chiamato a indagare il dottor Paolo Crosignani, responsabile del Dipartimento di Medicina Preventiva ed Epidemiologia ambientale dell'Istituto Nazionale Tumori. Scoprì che dal pavimento sotto il quale giocavano i bambini proveniva un enorme campo magnetico. E con un intervento di poche centinaia di euro, l'elettricista sistemò i cavi scoperti. Chi aveva installato l'impianto aveva lasciato addirittura delle «matasse» di fili sotto il pavimento. Tolta la sorgente, il campo era andato a zero. «Nessuno saprà mai se quella fosse la causa del problema - dice oggi Crosignani - ma era stato bello che si fossero mossi i genitori e che la scuola avesse collaborato. Io ero solo intervenuto».

Lei era stato chiamato in via Corridoni.

«Un paio di genitori mi avevano invitato, ma poi è intervenuta la Asl. Che ha fatto un lavoro di buon livello, sul quale non ho niente da dire. Certo, ci fosse stata la solita assicurazione in automatico, avrei detto: beh, almeno andate a misurare qualcosa, il radon, il benzene, sembra invece che l'abbiano fatto».

Senza aver scovato nulla di particolare.

«Appunto. Nella scuola di via Goldoni invece c'era un fattore di rischio. Che poi non possa spiegare un eccesso di leucemie di quelle dimensioni, è probabile, ma che si dovesse comunque fare una bonifica lì era altrettanto probabile. In via Corridoni è difficile invece spiegare perché proprio lì ci sia stato un incremento del fenomeno».

Quindi rimarrà il mistero.

«Sì, ma è stato giusto indagare, se non sono emersi elementi di preoccupazione, meglio».

Cosa provoca le leucemie infantili?

«Sappiamo che sono patologie in aumento e ci sono forti evidenze sulla relazione con l'inquinamento atmosferico. Parecchi studi nel mondo danno un aumento del rischio di leucemia vicino a strade a grande traffico».

Quale l'imputato principale?

«Il benzene, che però va riducendosi dappertutto. Quindi potrebbero esserci anche altre sostanze molto nocive, soprattutto per il bambino, che hanno un organismo in via di sviluppo. I tumori infantili per fortuna sono rari».

Quindi la probabilità di contrarre una leucemia sale in una città?

«Dipende, se uno abita in un bel parco, direi di no. Il problema è sempre il traffico».

E le onde elettromagnetiche?

«C'è un legame tra leucemie infantili e esposizione a campi a bassa frequenza, quelli per intenderci dei tralicci e delle linee elettriche. Ma è piuttosto raro trovare bambini esposti a campi molto forti».

