

Aborti ancora in calo, 3.775 con la pillola Ru 486

Continuano a calare gli aborti (3.775 sono stati effettuati con la Ru 486) mentre il numero degli obiettori di coscienza resta stabile. (Servizio a pag. 8)

L'ultima relazione sulla legge 194 conferma il calo delle Ivg, dimezzate in 30 anni

Aborti, 3.775 con la Ru 486

La pillola usata nel 3,3% dei casi - Il 70% dei ginecologi è obietto

La legge 194 sugli aborti funziona, eccome. Le Ivg - le interruzioni volontarie di gravidanza, così si chiamano formalmente - sono ancora in calo: quasi del 3% dal 2009 al 2010. E la discesa continua inesorabile da almeno 30 anni tanto che dal 1982 a oggi gli aborti sono praticamente dimezzati passando da 234mila casi ai 115mila dell'anno scorso. Tra questi ci sono anche circa 3.775 Ivg realizzate con la pillola abortiva Ru 486 autorizzata dall'Aifa per il nostro mercato, dopo lungo iter, nel luglio del 2009.

A tracciare il bilancio sull'attuazione della legge 194/1978 è il solito appuntamento con la Relazione del **ministro della Salute** pubblicata lo scorso agosto che conferma ancora una volta l'emergenza sull'alto numero di medici obiettori: ben il 70% dei ginecologi dice no all'Ivg, il dato comunque risulta stabile. Resta alta la guardia anche per i tempi di attesa: solo il 60% delle donne riesce a effettuare l'aborto entro due settimane dal rilascio della certificazione.

Ivg in calo, obiettori stabili. Continuano a diminuire gli aborti: nel 2010 sono state effettuate 115.372 interruzioni volontarie di gravidanza, con un decremento del 2,7% rispetto al 2009 (118.579 casi) e un decremento del 50,9% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'Ivg

(234.801 casi). L'Italia con questi dati si piazza così tra i Paesi con il tasso più basso di abortività, in particolare per le minorenni. L'analisi delle caratteristiche delle Ivg, conferma anche che nel corso degli anni è andato crescendo il contributo all'Ivg da parte delle donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2009 il 33,4% del totale degli aborti (38.309), mentre, nel 1998, era del 10,1 per cento. Di questi, oltre la metà (51,6%) sono di donne provenienti dai Paesi dell'Europa dell'Est.

Si stabilizza, poi, l'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. A livello nazionale per i ginecologi si è passati dal 58,7% del 2005, al 69,2% del 2006, al 70,5% del 2007, al 71,5% del 2008 e al 70,7 nel 2009; per gli anestesisti, negli stessi anni, dal 45,7% al 51,7%. Per il personale non medico - prosegue la relazione - si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38,6% nel 2005 al 44,4% nel 2009. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi si osservano principalmente al Sud: 85,2% in Basilicata, 83,9% in Campania, 82,8% in Molise, 81,7% in Sicilia. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al Sud: con un massimo di più di 77% in Molise e Campania e 75,6% in Sicilia e i più bassi in Toscana (27,7%) e a

Trento (31,8%). Per il personale non medico i valori sono più bassi, con un massimo di 87% in Sicilia e 82% in Molise.

Pillola abortiva e tempi di attesa. Tutte le Regioni hanno inviato il dato da cui risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3.775 casi (3,3% del totale delle Ivg). Il suo utilizzo è avvenuto in tutte le Regioni tranne Abruzzo, Calabria e Sardegna. I dati dettagliati saranno illustrati «entro l'anno in un apposito documento, che sarà presentato alle commissioni parlamentari competenti», avverte la Relazione. I tempi di attesa per le Ivg continuano a essere troppo lunghi perché, a quelli ufficiali tra la certificazione e l'aborto, occorre aggiungere quelli per ottenere la certificazione, mediamente di almeno un'altra settimana. La situazione più drammatica è quella del Veneto con il 60% delle donne che deve aspettare più di due settimane, il 35% oltre tre e il 12% più di un mese dalla certificazione prima di avere l'Ivg.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli aborti nel 2009 e nel 2010

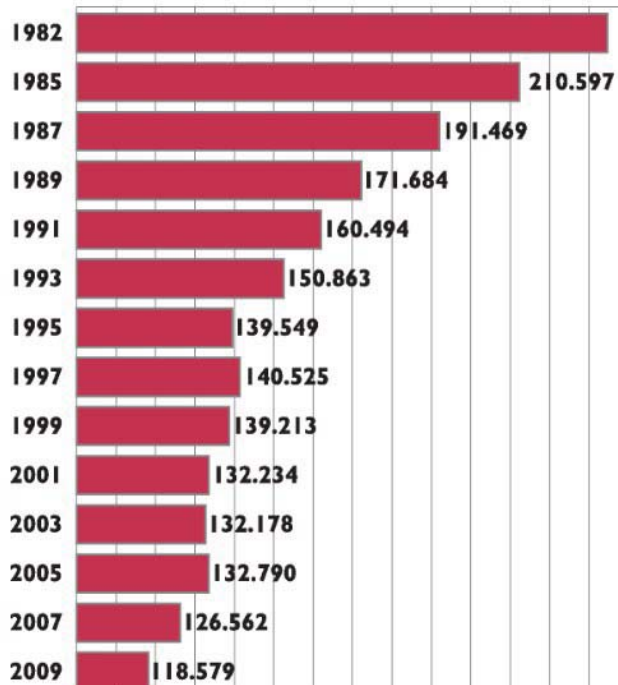
	2010	2009	Var. %
Nord	53.219	53.958	-1,4
Piemonte	9.610	9.485	1,3
V. d'Aosta	242	217	11,5
Lombardia	18.932	19.646	-3,6
Bolzano	606	571	6,1
Trento	905	1.078	-16,0
Veneto	6.728	6.840	-1,6
Friuli V.G.	1.969	2.075	-5,1
Liguria	3.455	3.219	7,3
Emilia R.	10.772	10.827	-0,5
Centro	24.719	25.487	-3,0
Toscana	7.665	7.819	-2,0
Umbria	1.883	1.920	-1,9
Marche	2.301	2.458	-6,4
Lazio	12.870	13.290	-3,2
Sud	27.342	28.839	-5,2
Abruzzo	2.477	2.518	-1,6
Molise	568	666	-14,7
Campania	11.076	12.183	-9,1
Puglia	9.525	9.682	-1,6
Basilicata	638	700	-8,9
Calabria	3.058	3.090	-1,0
Isole	10.092	10.295	-2,0
Sicilia	7.795	7.979	-2,3
Sardegna	2.297	2.316	-0,8
Italia	115.372	118.579	-2,7

L'obiezione di coscienza

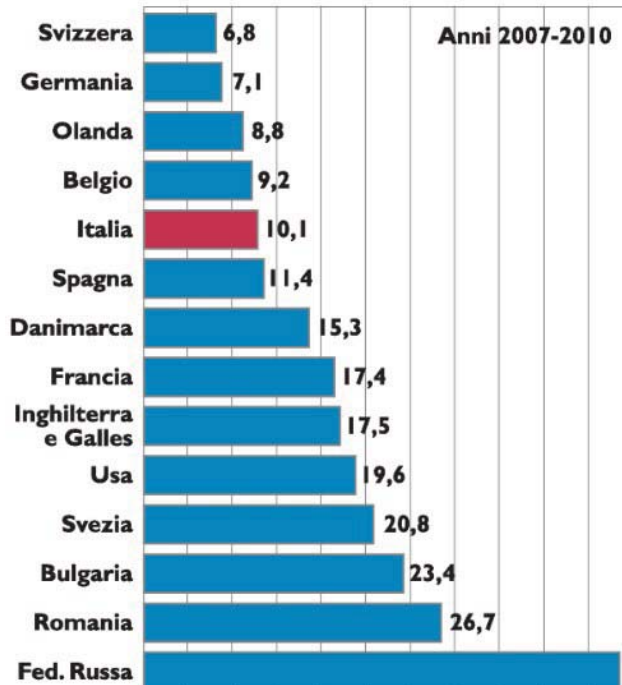
	Ginecologi		Anestesisti		Pers. non medico	
	N.	%	N.	%	N.	%
Nord	1.652,0	65,2	1.684,0	43,1	3.498,0	31,5
Piemonte	284,0	63,8	227,0	40,9	367,0	20,8
V. d'Aosta	2,0	18,2	5,0	26,3	0,0	0,0
Lombardia	560,0	66,9	607,0	47,1	1.000,0	40,3
Bolzano	26,0	81,3	26,0	38,8	166,0	68,9
Trento	19,0	55,9	21,0	31,8	367,0	22,4
Veneto	391,0	78,0	430,0	49,0	1.011,0	59,8
Friuli V.G.	67,0	60,4	39,0	36,1	174,0	30,5
Liguria *	98,0	57,3	128,0	38,1	98,0	6,8
Emilia R.	205,0	52,4	201,0	33,9	315,0	25,3
Centro	681,0	69,5	700,0	52,3	2.813,0	48,6
Toscana	219,0	62,2	122,0	27,7	347,0	30,8
Umbria	62,0	63,3	95,0	63,3	1.038,0	62,5
Marche	85,0	62,0	97,0	50,3	774,0	43,3
Lazio	315,0	80,2	386,0	69,5	654,0	53,6
Sud	972,0	80,4	808,0	66,2	2.415,0	56,5
Abruzzo *	84,0	78,5	94,0	57,3	189,0	66,3
Molise **	24,0	82,8	28,0	77,8	73,0	82,0
Campania **	329,0	83,9	262,0	77,1	515,0	72,4
Puglia	340,0	79,4	274,0	61,3	953,0	73,5
Basilicata	69,0	85,2	59,0	63,4	421,0	27,1
Calabria	126,0	73,3	91,0	64,5	264,0	78,1
Isole	680,0	74,1	607,0	68,7	1.747,0	72,5
Sicilia	541,0	81,7	526,0	75,7	1.426,0	87,0
Sardegna	139,0	54,3	81,0	42,9	321,0	41,8
Italia	3.985,0	70,7	3.799,0	51,7	10.473,0	44,4

(*) Il dato fa riferimento all'anno 2008; (**) Il dato fa riferimento all'anno 2007

Il crollo delle lvg in 30 anni



Il confronto con gli altri Paesi



Lipari, l'isola che non potrà avere figli

La Regione ha chiuso il reparto di Ostetricia: c'erano meno di 500 parti l'anno

Marcello Sorgi
A PAGINA 25

Niente più bimbi isolani A Lipari è vietato nascere

La Regione chiude i reparti di Ostetricia con meno di cinquecento parti all'anno
L'appello a Napolitano: venire alla luce qui è un diritto dei nostri figli

La giustificazione Un medico deve fare almeno un centinaio di parti l'anno per garantire la perizia necessaria

La promessa L'assessore regionale alla Sanità: i bimbi nati a Messina saranno iscritti all'anagrafe di Lipari

80

neonati all'anno

La cifra può aumentare fino al centinaio di parti se si aggiungono i nati nelle altre sei isole dell'arcipelago delle Eolie. Un numero comunque ritenuto insufficiente da una legge della Regione Sicilia

1500

messaggi al Presidente

Gli isolani si sono appellati al presidente Giorgio Napolitano anche perché il Capo dello Stato frequenta le Eolie (Stromboli), da una trentina d'anni. Napolitano ha promesso che, nei limiti dei suoi poteri, interverrà

Dalla lettera al presidente

L'appello

«Vogliamo protestare per il ridimensionamento dell'ospedale di Lipari. Qui non si potrà più nascere»

Diritto negato

«Abbiamo millenni di civiltà. Chiediamo che non venga tagliato il diritto di far nascere i bambini su questa terra»

IL SIMBOLO

Sulle lettere il disegno di un nascituro che sogna di venire al mondo dentro un vulcano

L'«ESILIO»

Il 24 agosto al Policlinico di Messina è nata Federica: dopo 2 giorni il ritorno a casa

MARCELLO SORGI
LIPARI

In tutto il mondo, e in Italia più che altrove, il luogo di nascita è un pezzo importante della propria identità. Si è torinesi, o milanesi, o veneziani, insomma, se si è nati a Torino, Milano o Venezia. E lo si è, o lo si diventa, anche se si è nati da genitori pugliesi



o napoletani. Immaginate come devono sentirsi gli eoliani, il piccolo popolo di abitanti dell'arcipelago patrimonio naturale dell'Unesco, ora che hanno appreso che di qui a poco non sarà più possibile nascere a Lipari.

Dalle sette isole e dagli emigrati lontani, ma aggrappati con il filo dei sentimenti come patelle ai loro scogli, mille e cinquecento cartoline sono arrivate sulla scrivania di Napolitano. E il Presidente, eoliano acquisito perché viene a Stromboli in vacanza da una trentina di anni, ha promesso che interverrà, nei limiti dei suoi poteri, perché conosce bene l'animo orgoglioso dei suoi isolani. «Vogliamo protestare - hanno scritto al Capo dello Stato - per il ridimensionamento dell'Ospedale di Lipari e soprattutto perché qui non si potrà più nascere. Lipari e le Eolie sono isole con millenni di civiltà e chiediamo che non venga tagliato il diritto a far nascere i bambini in questa terra».

L'ultima nata in esilio, il 24 agosto al Policlinico di Messina, si chiama Federica Maiuri. La mamma, Roberta Giorgi, s'è ricoverata qualche giorno prima, la nonna e i parenti l'hanno seguita, adattandosi alla meglio in una pensione. Disagi, spese impreviste, ansie accresciute dalla forzata trasferta (gli isolani si conoscono tutti tra loro e amano vivere nei propri luoghi) se li è portati via la gioia dell'arrivo di Federica, bella e sana, che a due giorni di vita ha fatto la sua prima traversata in aliscafo per tornare a Lipari. E come lei, saranno decine di bambini nei prossimi mesi a subire la stessa sorte.

A Lipari nascono in media un'ottantina di bimbi all'anno, che diventano un centinaio, più o meno, con quelli delle altre sei isole. Troppo pochi per rientrare nei limiti di una recente legge che prevede che in Sicilia debbano essere chiusi i reparti di ostetricia con meno di cinquecento nascite all'anno. Più lenta ad adeguarsi in molti altri casi, la Regione Sicilia stavolta è stata sveltissima a disporre la ristrutturazione dell'ospedale liparese, con l'accorpa-

mento di ginecologia e chirurgia e di pediatria e medicina. Il resto lo ha fatto la partenza dell'ultimo ostetrico rimasto in servizio, il dottor Giampiero Di Marco, un medico napoletano un po' filosofo, a sentire i paesani che lo rimpiangono, che era arrivato a Lipari dopo aver fatto il missionario in Africa, ha fatto nascere decine e decine di bambini e se n'è andato con molta malinconia, accompagnato al porto da alcune delle donne che aveva reso madri.

Era giugno: gli isolani hanno atteso qualche settimana, prima di apprendere che l'ostetrico non sarebbe stato rimpiazzato e da allora in poi, salvo casi di emergenza, le loro donne sarebbero andate a partorire sulla terraferma. Saverio Merlino, il direttore amministrativo della scuola, lo ha appreso da una di loro, che lo ha fermato sul corso, tenendosi la pancia con le mani. Merlino è stato segretario del Ppi e poi del Pd: «Ma qui - avverte - la politica non c'entra. C'entra la Costituzione! Ho detto al Presidente che è stato violato l'articolo 32, che dovrebbe garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini. Invece le nostre donne, o vanno in trasferta, o partono in emergenza, a bordo di un elicottero, con le doglie del parto imminente».

L'idea delle cartoline è stata sua. Suo il disegno di un bimbo che sta ancora nella pancia della mamma, sognando nascere dentro un vulcano, come sono appunto, spenti o accesi, quelli che sveltano sul mare delle Eolie. A luglio c'è stato anche un imprevisto faccia a faccia tra lo stesso Merlino e l'assessore regionale Massimo Russo, un magistrato noto per il suo rigore che il governatore siciliano Lombardo ha messo alla guida del nevralgico settore della Sanità, già obiettivo di mire mafiose. Russo, arrivato a Lipari per un convegno organizzato proprio dall'Unesco, che ha dato alle isole l'ambito riconoscimento di patrimonio dell'umanità, s'è trovato di fronte alla protesta degli isolani per il diritto a nascere negato ai loro figli e nipoti. Ha cercato di convincerli che non è una questione di mezzi e di soldi che mancano, ma di sicurezza: un medico che fa meno di cento parti all'anno non garantisce la perizia necessaria a superare gli standard attualmente richiesti dai protocolli moderni. Ha anche spiegato che i bimbi nati a Messina potranno essere iscritti all'anagrafe di Lipari grazie a un'interpretazione estensiva della legge. Sperava che si rassegnassero, e invece, approfittando dei pochi giorni di va-

canza del Capo dello Stato, la voce delle donne eoliane è arrivata fino all'orecchio di Napolitano.

Chissà come andrà a finire. Nei racconti della gente, la storia del reparto nascite cancellato si mescola a una leggenda che, come tutte le storie che corrono di bocca in bocca, forse non troverà mai conferma. Fino a qualche anno fa, ricordano gli isolani, l'ospedale di Lipari sembrava destinato a una stagione d'oro. Erano i tempi del ministro tecnico Girolamo Sirchia, rimasto famoso per la sua legge antifumo, ma da queste parti come «eoliano d'importazione», visto che anche lui ha scelto Stromboli come buen retiro, e a un certo punto sembrava perfino che potesse candidarsi a sindaco di Lipari. Sarà un caso, ma da quando Sirchia è andato in pensione, e al suo posto è arrivato un altro tecnico come Ferruccio Fazio, è cominciata la decadenza dell'ospedale eoliano. E poco importa che la competenza sulla Sanità sia regionale, e Fazio non abbia quindi né responsabilità né poteri per intervenire. La leggenda vuole che Fazio, che villeggia a Pantelleria, in un'altra isola, in tutt'altro mare, l'anno scorso sarebbe rimasto vittima di un piccolo incidente domestico: una spina di pesce da estrarre dalla sua bocca che si sarebbe rivelata particolarmente difficile da asportare. Di qui la convinzione, che Fazio, medico di gran fama formatosi negli Stati Uniti, si sarebbe fatto sulla scarsa efficienza delle guardie mediche nelle piccole isole. Perché poi Lipari dovrebbe rispondere di una presunta inefficienza pantasca, la leggenda non lo dice. Ma anche questo fa parte del modo romantico e fatalista con cui gli eoliani vanno incontro al loro destino e alle maledizioni che spesso l'accompagnano.

L'estate sta finendo, le isole pian pianino tornano alla loro solitudine e ai loro silenzi, rotti solo dal rumore delle onde del mare. Le donne liparesi sono lì che aspettano una risposta. Non vogliono più salire sugli elicotteri che le portano a partorire lontano. I loro figli vogliono farli nascere sui loro scogli.

Medicina Un team di scienziati statunitensi ha testato un nuovo farmaco in grado di eludere le difese adottate dal batterio della Tbc nei confronti degli antidoti comunemente in commercio

Tubercolosi, è partita la corsa al super vaccino

Federico Tulli

Le statistiche dell'Organizzazione mondiale della sanità parlano chiaro. La tubercolosi è una malattia tutt'altro che debellata nel ricco Occidente e ancora letale in gran parte del Sud del Mondo. I numeri sono da brivido. La Tbc contagia ancora oggi un essere umano su tre, uccidendo ogni anno circa 1,7 milioni di persone. C'è poco da fare, per evitare epidemie che sistemi sanitari mal strutturati non saprebbero fronteggiare occorre un vaccino preventivo più efficace di quello in commercio da anni. Ma anche laddove la Sanità funziona non bisogna dare nulla per scontato, come insegna la vicenda che ha travolto il policlinico Gemelli di Roma dove un'infermiera di neonatologia affetta da Tbc ha contagiato, finora senza gravi conseguenze, oltre cento neonati. In questo caso, come ha fatto notare il senatore Pd, Ignazio Marino, presidente della commissione d'inchiesta sul Ssn, «basterebbe uno screening annuale a tutto il personale medico e para medico» per non correre rischi. Ma tant'è. Di fronte a questi scenari, il mondo della ricerca non resta a guardare. Una buona notizia arriva ad esempio dagli Stati Uniti, dove un'equipe di scienziati dell'Albert Einstein College of Medicine, dell'Howard Hughes Medical Institute

e della Colorado state University ha sviluppato un nuovo "candidato" vaccino, che si è dimostrato potente e sicuro contro l'infezione da *Mycobacterium tuberculosis* nei test condotti su animali. Lo studio è stato pubblicato nell'edizione on line di *Nature Medicine*. Il punto cardine è l'aggiramento delle difese che il batterio è in grado di innalzare contro i farmaci oggi in commercio. «Produrre vaccini efficaci contro la tubercolosi - spiega William Jacobs, uno degli autori - richiede una migliore comprensione dei meccanismi utilizzati dal batterio della Tbc per sfuggire alla risposta immunitaria dell'organismo». Per scoprire il trucco usato dal microrganismo per ingannare la risposta immunitaria, Jacobs e i suoi colleghi hanno lavorato con una specie simile, il *Mycobacterium smegmatis*, riuscendo a ottenere una versione mutata priva di un set di geni (Esx-3) considerati cruciali per eludere le difese immunitarie dell'ospite. Risultato? I topi hanno controllato ed eliminato l'infezione attraverso una robusta risposta delle cellule T, la stessa che si vuole ottenere da un vaccino anti-Tbc davvero efficace. Solo uno su cinque, però, ha mostrato questa robusta risposta. Dunque secondo gli esperti, il vaccino, pur molto promettente, deve essere migliorato prima di essere considerato pronto per un test sull'essere umano. ■



Tubercolosi al Gemelli

Conclusi i test Sono 122 i bimbi positivi

■ Si sono conclusi i test sui bambini venuti a contatto con l'infermiera del Gemelli malata di tubercolosi e nati tra gennaio e luglio. I bimbi positivi sono 122 su un totale di 1.415 test effettuati. Ieri si è riunita l'unità di coordinamento della Regione presieduta dalla governatrice Polverini, chiamata a gestire l'attività di controllo sui nati al Policlinico Gemelli. L'attività di screening ha interessato il 93,01% dei neonati inseriti nel programma di sorveglianza. Resta, invece, attivo il call center e l'ambulatorio presso Gemelli per le famiglie (6,99%) per le quali si è rivelato impossibile fissare un appuntamento nonostante i ripetuti tentativi di contatto. Ieri sono emersi 7 nuovi casi positivi, su 82 test effettuati, relativi agli ultimi controlli di questi giorni. Si tratta di 2 femmine e 5 maschi. Le famiglie sono state già avvisate. Cinque dei bambini risultati positivi ai test sono nati nel mese di gennaio, 2 nel mese di febbraio. Complessivamente sono 122 i casi di positività su 1.415 risultati pervenuti, con una media dell'8,6%. La positività ai test non significa malattia ma esprime l'avvenuto contatto con il bacillo. Intanto la Procura continua a indagare sul contagio al Gemelli. È atteso in queste ore il deposito della relazione dei Nas sui controlli disposti dalla magistratura.



L'infermiera malata e i bimbi contagiati
Tubercolosi, indagati
dirigenti del Gemelli
«Epidemia colposa»

ROMA – Prime iscrizioni sul registro degli indagati per il contagio di Tbc al Policlinico Gemelli. La procura di Roma ha infatti ipotizzato i reati di epidemia colposa e omissione di atti d'ufficio nei confronti dei responsabili dell'ospedale. Secondo gli accertamenti non sarebbero state messe in atto tutte le misure preventive per evitare la diffusione del virus. E i controlli sull'infermiera, risultata positiva al test già nel 2004 e ammalata dallo scorso luglio, sarebbero stati del tutto inadeguati. Ieri, intanto, è salito a 122 il numero dei bambini, nati al Gemelli e positivi al test.

ERRANTE A PAG. 15

Tbc, «epidemia colposa» indagati i vertici del Gemelli

Ipotizzata l'omissione di atti d'ufficio per i mancati controlli

IL CASO

L'infermiera ammalata risultò positiva già nel 2004

Affidata anche una consulenza per stabilire il reato con esattezza

di VALENTINA ERRANTE

ROMA - Arrivano le prime iscrizioni sul registro degli indagati per il contagio di tbc al Policlinico Gemelli. La procura ha ipotizzato il reato di epidemia colposa nei confronti dei vertici dell'ospedale.

Ma per i pm si configura anche l'omissione di atti d'ufficio, per i mancati, o insufficienti, controlli sull'infermiera, che il 28 luglio ha scoperto di essere affetta da tubercolosi polmonare, ma già tra nel 2004 era risultata positiva ai test. I protocolli sono risultati inadeguati e comunque non hanno funzionato.

Adesso il procuratore aggiunto Leonardo Frisa-



ni e il pm Alberto Pioletti, titolari del fascicolo, hanno affidato una consulenza per stabilire se il reato che si configura sia effettivamente quello di epidemia colposa. Perché finora i 122 bambini, nati al Gemelli e ospitati nella nursery dove la donna lavorava, sono soltanto risultati positivi al test, ma nessuno ha contratto la malattia. Gli esperti terranno anche conto del fatto che i tempi di incubazione

della tubercolosi polmonare talvolta durano anche anni. Intanto il numero dei piccoli che sono venuti a contatto con il virus sembra destinato a salire ancora. Ieri altri sette si sono aggiunti all'elenco.

Nelle settimane scorse i dirigenti dell'ospedale erano stati convocati in procura per fornire elementi sulle procedure seguite al Policlinico e per spiegare come mai l'infermiera, già risultata positiva al test della tbc, non fosse poi stata allontanata dai reparti o comunque sottoposta a costanti controlli per evitare conseguenze sui pazienti. E le spiegazioni fornite non avevano convinto gli inquirenti. Soprattutto la giustificazione che la positività della donna all'esame per la tubercolosi fosse

determinata proprio dal vaccino contro la malattia, al quale si era sottoposta poco prima.

Le verifiche e gli eventuali screening eseguiti dall'ospedale sono ancora oggetto di indagine, ma alla luce dei fatti sono comunque risultati del tutto inadeguati. Anche l'audizione della donna, sentita all'ospedale Spallanzani, dov'è tuttora ricoverata, avrebbe convinto gli inquirenti dell'insufficienza delle misure assunte per evitare il rischio di contagio.

Intanto il Nas dei carabinieri, delegato agli accertamenti, tenta di stabilire in quale occasione l'infermiera possa essere venuta in contatto con il virus. Sono ancora in corso gli accertamenti sullo stato di salute del marito dell'infermiera e sui contenuti delle denunce del Codacons, secondo il quale l'uomo era affetto da tubercolosi. Per que-

sto i pm lo convocheranno in procura nei prossimi giorni.

I carabinieri continuano anche ad acquisire nuove cartelle cliniche e altri documenti indispensabili per definire quali eventuali responsabilità possano profilarsi per i manager del Policlinico: oggi, gli investigatori si presenteranno all'ospedale Bambino Gesù, dove è stato ricoverato un bimbo, nato al Gemelli e, presumibilmente, positivo al test della tbc. Una procedura lunga che prevede anche una rogatoria.

Ieri si è anche riunita l'Unità di coordinamento della Regione Lazio, presieduta dalla presidente Renata Polverini, istituita per gestire l'attività di controllo sui nati al Gemelli. E lo screening, che finora ha riguardato il 93,01% dei neonati inseriti nel programma di sorveglianza, ha dato altri test positivi al virus. RI/PRODUZIONE RISERVA-

TA

Il Policlinico Gemelli a Roma. Qui un'infermiera che lavora nel reparto di neonatologia è stata contagiata dalla tbc. Visitati tutti i bambini nati dall'inizio dell'anno nell'ospedale



Obesità, in Italia nel 2020 sarà una vera «epidemia»

Gruppo di ricercatori baresi: a rischio anche l'apparato respiratorio

NICOLA SIMONETTI

● Notizia shock dalla Scozia: bambini ritirati, d'autorità, dalla convivenza con i genitori perché sono troppo grassi.

I bambini (peso a 10-12 anni di 80-100 kg) sono stati trasferiti in una apposita casa messa a disposizione dal Comune di residenza o dati in affido oppure adozione. Decaduta l'autorità paterna o genitoriale.

Main Italia, che detiene il primato europeo di obesità infantile, le iniziative coerenti si fanno attendere.

Nel mondo, i bambini con peso superiore alla norma sono 155 milioni: uno su dieci; mentre quelli obesi sono 45 milioni: uno su 29.

IN ITALIA - In Italia, 36 bambini su 100 di 8 anni di età sono in sovrappeso e 12 su 100 obesi.

Fra i bambini da 6 e 11 anni, 24 su 100 sono sovrappeso, 12 obesi. Un milione e 138 mila bambini in eccesso ponderale di cui 382 mila obesi. Se continua così, nel 2020 avremo una vera e propria epidemia.

A rischio, in particolare, la Puglia (uomini 16%, donne 34%) ed altre regioni del Sud, a dispetto della vantata e dimenticata «dieta mediterranea».

«Ogni 5 anni - dice il prof. Michele Carruba, farmacologo dell'Università di Milano e già presidente dei Nutrizionisti italiani - i bambini italiani obesi sono il 2,5% in più. Dato che allarma soprattutto se si considera la flessione del loro numero totale. Bambini - i nostri - che mangiano molto e male. Soprattutto mangiucchiano tra i pasti (patatine, pop corn, pasticcini, gelati) e devono analcolici ricchi di zuccheri e, a volte, anche alcolici (birra, vino). Bambini che stazionano troppo davanti alla Tv o computer e dintorni e si muovono pochissimo. Quando e se vanno in palestra, l'esercizio fisico è sempre al risparmio con la complicità o tolleranza, a volte, dei cosiddetti

allenatori o mister e la disponibilità di bevande, alimenti, gelati».

MALATTIE DERIVATE - Tutte le indagini epidemiologiche concordano nell'evidenziare come l'obesità incrementi, in modo significativo, morbilità e mortalità. Principali malattie correlate sono diabete mellito tipo 2, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, l'ipertensione arteriosa, cardiovasculopatie, pneumopatie, artropatie, calcoli della colecisti. E, nei bambini - caso allarmante - si cominciano a trovare valori e malattie analoghi prima ignorati a quell'età.

Contributi di clinici e ricercatori baresi (prof. **Resta, Foschino-Barbaro, F. Giorgino, De Pergola, Favale, Ciccone**), pubblicati nella maggiore Rivista europea di malattie dell'apparato respiratorio, rilevano - dice il prof. *Onofrio Resta*, direttore della Clinica malattie respiratorie di Bari - che «obesità, alterazioni metaboliche, russamento ed apnee fanno parte di una stessa malattia ovvero una sindrome sistemica cronica su base infiammatoria che deve essere sempre ricercata in questo tipo di soggetti poiché è possibile modificarne la qualità di vita ed il loro destino. I nostri studi, tra l'altro, suggeriscono rimedi capaci di offrire loro un recupero ed una prevenzione dei rischi ulteriori».

ICOSTI - L'impatto dell'obesità sui costi sociali, in Italia, supera, ogni anno, gli 8 miliardi di euro pari al 6,7% della spesa sanitaria nazionale, escludendo i costi intangibili, come quello legato al nucleo sociale dell'obeso, a discriminazione lavorativa, minore rendimento scolastico, disagio psico-sociale, e così via.

Ipotizzando che un obeso abbia attesa di vita di 75 anni, un diciottenne obeso, rispetto ad un coetaneo normopeso, ha un costo sociale totale aggiuntivo stimabile in circa 100 mila euro.

La migliore delle strategie consigliate è imboccare la strada dell'educazione di genitori e figli.

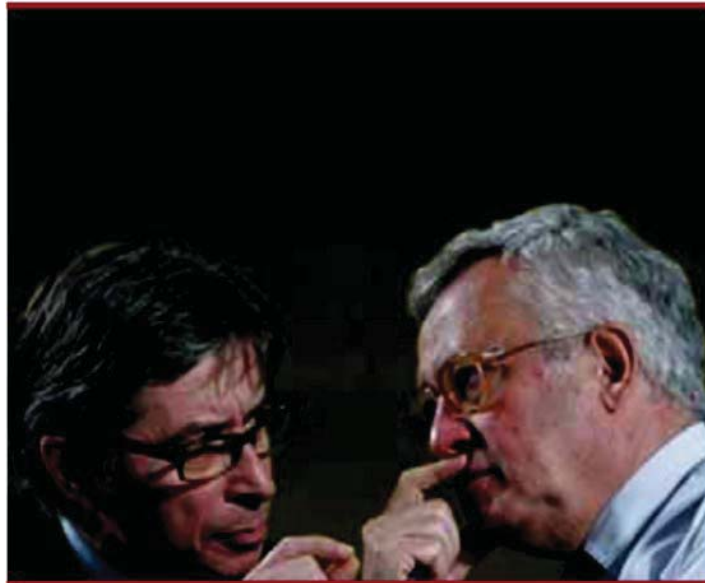


Confermati i tagli alle Regioni - L'Agenas rischia la soppressione - Pensioni dei medici, blitz sventato

Manovra bis, nuovo Patto in salita

I governatori chiedono una riforma istituzionale e un accordo forte sulla salute

«Il federalismo è morto» hanno dichiarato governatori e sindaci compatti delusi dagli emendamenti del Governo alla manovra bis. Nessuna schiarita sulla sanità: tagli confermati per 7,5 miliardi, nuovo Patto per la salute tutto in salita e secondo le Regioni - che in settimana presenteranno una loro proposta di autoriforma istituzionale - è sempre più lontano. E mentre i medici non abbassano la guardia dopo la doccia fredda del tentato blitz sui riscatti di anzianità, la manovra getta un'ombra sull'Agenas che, con meno di 70 dipendenti, potrebbe anche essere soppressa.



A PAG. 2-5

Il presidente delle Regioni Errani e il ministro dell'Economia Tremonti

MANOVRA/ Fronte unico dei governi locali contro il "peso sproporzionato" dei tagli

Le Regioni serrano i ranghi

I governatori: «È la morte del federalismo» - Patto per la salute in bilico

«Hanno ammazzato il federalismo. Il federalismo è vivo». Almeno nel cuore e nei polsi delle Regioni. Inevitabile la tentazione di parafrasare De Gregori ascoltando le dichiarazioni rese a caldo dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, e dal collega lombardo, Roberto Formigoni, giovedì, al termine di un infuocato incontro col Governo per discutere della manovra: «Il federalismo è morto e sepolto. Le Regioni hanno meno autonomia di ieri». E soprattutto «le tre manovre che dal luglio 2010 a oggi si sono abbattute in modo "drammaticamente sproporzionato" su Regioni ed enti locali renderanno impossibile garantire i servizi essenziali ai cittadini. A partire dalla sanità, è ovvio: «con il taglio di oltre 7 miliardi nel 2012-2013 le Regioni diventeranno delle grandi Asl a rischio deficit», ha detto Errani.

E così, col federalismo nel cuore, è il caso di dirlo, i presidenti - che in

settimana presenteranno una loro "autoriforma" istituzionale - hanno chiuso la conferenza straordinaria di giovedì stringendo una sorta di "patto di sangue": comunicazioni all'unisono per contrastare le risposte prevedibilmente "insoddisfacenti" del Governo; chiarezza e compattezza assoluta sui passi istituzionali da intraprendere a prescindere dall'appartenenza ai diversi schieramenti.

Il momento è grave per il Paese ed è grave per le Regioni, che sentono traballare la propria tenuta politica e hanno deciso - più forte che mai - di marciare unite verso quattro obiettivi:



riequilibrare i tagli che oggi pesano per il 57,7% sulle Regioni titolari invece solo del 25,7% della spesa complessiva; ragionare assieme e con urgenza su servizi e investimenti che si vogliono garantire; elaborare come regioni una proposta forte e seria su una autoriforma del sistema, puntando sul taglio dei costi della politica; discutere e ottenere al più presto un nuovo Patto sulla salute.

Una nota dolente quella del Patto che si presenta come un percorso più che mai in salita: «Non se ne può neanche parlare - è sbottato Errani - ma non si può far finta di niente: si mettono le mani in tasca ai cittadini partendo dagli strati più deboli».

E per la sanità e per i malati non potrà funzionare la strategia annunciata sempre giovedì da Errani in tema di trasporto pubblico locale: «Porteremo al Governo i contratti che non saremo più in grado di onorare». Le sorti del Servizio sanitario pubblico restano invece affidate all'iniziativa pubblica e alla richiesta di incontri con i capigruppo e al presidente del Senato decisa assieme da Regioni ed enti locali e alla richiesta di emendamenti che da una

manovra all'altra restano sempre gli stessi. Con tre punti irrinunciabili in tema di Welfare: l'incremento di 900 milioni del Fondo nazionale per le politiche sociali a partire dal 2012, escludendo le risorse dal patto di stabilità; il reintegro integrale dei tagli previsti sulla sanità (2.500 milioni per il 2013 e 5mila per il 2014) grazie al recupero dell'evasione fiscale; il reintegro del finanziamento di 381,5 milioni da reperire aumentando l'accisa sui tabacchi per finanziare la mancata copertura dei ticket in sanità.

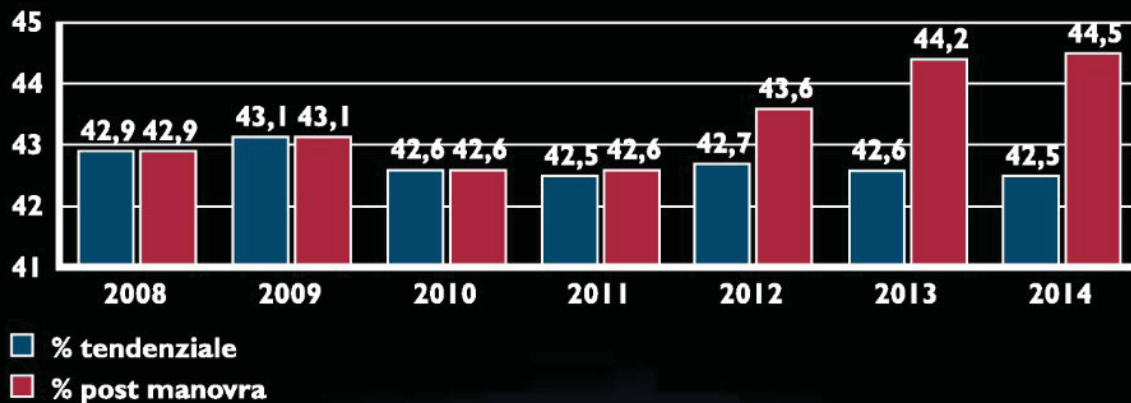
Strada in salita, appunto, visti i tempi e le "soluzioni" che corrono.

Con in più la nuovissima ennesima grana in arrivo da fronteggiare sul versante medici. Ai camici pubblici l'idea di restare col cerino della supertassa in mano non è piaciuta per nulla: il contributo di solidarietà eliminato in fretta e furia dal firmamento di dirigenti e professionisti privati continua al momento a splendere ancora sulle sorti dei 10mila dipendenti del Ssn.

E la mobilitazione è sempre dietro l'angolo.

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

LA PRESSIONE FISCALE



Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Def e allegati 3 del DI 98/2011 come modificato dalla legge 111/2011 e del DI 138/2011

Al via i test di ammissione ai corsi di laurea. Il camice bianco resta l'aspirazione di molti giovani

Medicina, la carica dei centomila

Dieci aspiranti per ogni posto disponibile negli atenei statali

DI BENEDETTA PACELLI

Dieci aspiranti per ogni posto disponibile presso le facoltà di medicina e odontoiatria. Si sono presentati, infatti, in quasi 100 mila (98 mila, per la precisione) ieri ai test di ammissione sperando di accaparrarsi uno dei 10.376 posti disponibili in tutti gli atenei statali, precisamente 9.501 a medicina e 875 a odontoiatria giacché da quest'anno le prove di am-

missione valgono per entrambe le facoltà. Numeri bassi rispetto alle richieste ufficiali che arrivano dalle regioni e dal ministero della salute: ogni anno, infatti, il sistema avrebbe bisogno di oltre 9 mila nuovi medici, ma da dieci anni gli immatricolati ai corsi di laurea sono in media 7.500 e ad arri-

vare alla laurea sono 6.500, circa l'85%. «Oggi», spiega Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale, «il numero di medici supera ancora la media Ocse ma a breve la situazione potrebbe cambiare ed è necessario aumentare le iscrizioni. Con gli immatricolati di quest'anno possiamo prevedere nel 2017 circa 8 mila laureati: l'università ha il potenziale formativo per accogliere 11 mila immatricolati che garantirebbero 10 mila nuovi medici all'anno necessari per essere a regime entro il 2018».

«Sarebbe sufficiente», aggiunge Angelo Mastrillo, membro dell'Osservatorio ministeriale per le professioni sanitarie, «che tutte le università deliberassero un ampliamento del 10%, previo relativa ratifica da parte dello

stesso ministero». Al momento comunque per ogni posto la media nazionale delle domande è di 8,7, con il minimo di Trieste e Verona pari a 6,2 e il massimo di Siena e l'Aquila rispettivamente 13,5 e 14,2. Diversa è la situazione delle università non statali perché chi ha effettuato i quiz di ammissione la settimana scorsa ha potuto ripeterli anche negli atenei statali. E proprio per questo hanno registrato un alto numero di domande e relativo rapporto sui posti:

Cattolica con 26, Roma Campus 17,4 e Milano S. Raffaele 22,3. Un desiderio di laurea comunque che, come testimoniano i dati forniti dall'Osservatorio sulle professioni sanitarie del Miur, è alto anche per le 22 professioni sanitarie non mediche, dove le domande di iscrizione sono state 122 mila per ciascun

posto (27 mila in totale) disponibile che negli atenei pubblici si svolgeranno giovedì prossimo. Oggi sarà invece la volta dei test per accedere a veterinaria (958). E anche in questo caso si parla di carenza. Ma, sostiene Carlo Scotti delegato ai rapporti istituzionali per l'Anmvi, l'Associazione nazionale medici veterinari italiani che partecipa al Tavolo tecnico del Miur per la determinazione annuale delle immatricolazioni, «il numero dei posti disponibili non deve essere stabilito secondo le esigenze di un Servizio sanitario nazionale e di quelli regionali che non creano posti di lavoro e nemmeno dettato dalle convenienze universitarie. Ma deve essere scientificamente ragionato sui reali fabbisogni occupazionali e di mercato».



Andrea Lenzi



A PAG. 23

Cassazione

Obbligo di consenso informato anche durante l'intervento se non è salvavita

CASSAZIONE/ Se non c'è pericolo di vita il dottore è obbligato a informare il paziente

Il consenso non ha eccezioni

In caso di necessità sopravvenute va anche interrotta l'operazione

L'obbligo del consenso informato conosce due sole eccezioni: un intervento urgente salvavita e il trattamento sanitario obbligatorio. Negli altri casi il medico deve sempre informare il paziente, anche a costo di interrompere un'operazione in corso se giudica necessario cambiare tecnica chirurgica. Non farlo può costare caro, pure se ha agito con perizia e diligenza.

A chiarirlo è stata la **terza sezione civile della Cassazione (sentenza 16543/2011, depositata il 28 luglio)**, che ha cassato con rinvio una sentenza emessa nel 2009 dalla Corte d'appello di Roma. La vicenda da cui è originata la pronuncia riguarda un ginecologo che nel 1998 consigliò a una sua paziente che aveva subito due aborti spontanei di rimuovere una cisti paraovarica in laparoscopia, intervento per cui la donna esprime il suo consenso. Ma durante l'operazione il medico ritenne necessario procedere a una laparotomia, tecnica più invasiva della laparoscopia concordata. Nel decorso post-operatorio la paziente accusò dolori e difficoltà respiratorie e poi, una volta dimessa, fitte al fianco e febbre tanto che, nove giorni dopo, si recò in un altro ospedale dove risultò affetta da peritonite. Le venne praticata una nuova laparotomia ma non bastò: pochi giorni dopo dovette subirne un'altra perché fu rilevata una microlesione al colon. Dalla trafila di interventi risultò un indebolimento della capacità di procreare. Di qui il ricorso ai giudici: in sede penale la condanna in primo grado è stata annullata in appello per insufficienza di prove, in sede civile la Corte d'appello ha confermato la sentenza del tribunale con cui il medico era ritenuto responsabile per non aver rilevato le lesioni intestinali durante l'intervento ed essere stato negligente



nel decorso post-operatorio.

Contro la pronuncia hanno proposto ricorso in Cassazione sia la paziente sia il medico. E la Suprema corte ha accolto proprio la censura della donna sull'assenza di consenso informato per l'intervento in laparotomia. La Cassazione ha sottolineato la centralità dell'informazione al paziente come diritto inviolabile della persona all'autodeterminazione, sancito dalla Costituzione, dalla Convenzione di Oviedo, dalla Carta di Nizza e dal Codice deontologico ma che «soprattutto trova fondamento nella dignità di ogni essere umano». Ciò premesso - accertato che il consenso era stato raccolto per l'intervento in laparoscopia e che entrambe le operazioni erano state effettuate senza imperizia o negligenza - la Cassazione ha stabilito l'importante principio cui il giudice del rinvio dovrà conformarsi: «Il diritto al consenso informato, in quanto diritto irretrattabile della persona va comunque e sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza, rinvenuti, a seguito di un intervento concordato e programmato e per il quale sia stato richiesto e sia stato ottenuto il consenso, che pongano in gravissimo pericolo la vita della persona, bene che riceve e si correda di una tutela primaria nella scala dei valori giuridici a fondamento dell'ordine giuridico e del vivere civile, o si tratti di trattamento sanitario obbligatorio». Il consenso «è talmente inderogabile che non assume alcuna rilevanza per escluderlo che l'intervento sia stato effettuato in modo tecnicamente corretto»: la lesione della dignità della persona si consuma comunque. Nella fattispecie l'urgenza non c'era. Dunque, prima di procedere alla laparotomia, «l'intervento avrebbe dovuto essere interrotto al fine di consentire all'attrice di esprimere il suo consenso». Il medico aveva spiegato di aver osservato aderenze così numerose e serrate che non avrebbe potuto rimuoverle con la sola laparoscopia e di aver voluto evitare alla paziente un'ulteriore anestesia. La Cassazione, però, è stata categorica: non c'è alcuno spazio per la discrezionalità del medico.

Manuela Perrone

APPALTI**Farmaci, tavolo sulle gare***Al via il confronto chiesto dal Fare a farmacisti Sifo e imprese*

Nel mirino degli economisti e provveditori del Fare le criticità derivanti dalla corsa alla centralizzazione delle gare **farmaceutiche** pubbliche: dal Forum nazionale di Palermo hanno promosso l'avvio di un tavolo tecnico condiviso con farmacisti ospedalieri e

aziende. L'obiettivo: individuare un assetto valido a livello nazionale superando le rigidità di un meccanismo in cui la diversa gestione dei lotti rischia di mettere a rischio anche l'effetto concorrenza.

A PAG. 12-13

*La proposta lanciata dal Forum nazionale degli economisti della Fare dopo lo tsunami dei "biosimilari"***Farmaci, un tavolo sulle gare****Verso un modello condiviso con i farmacisti Sifo e le imprese produttrici**

Un **farmaco** biotecnologico è un derivato biologico basato su principi attivi proteici i quali sono ottenuti mediante le innovative tecniche di recombinant Dna o basate su ibridomi. Tale sostanza ha il pregio di sopperire alle carenze proteiche derivanti da alterata biosintesi endogena andando a ristabilire una opportuna omeostasi nel paziente. L'introduzione sul mercato di questi **farmaci** ha costituito una vera e propria rivoluzione, offrendo risposta a patologie gravi ed eventualmente letali e andando a coprire, in alcuni casi, dei veri e propri buchi nel panorama farmacologico. Dal 1982, anno dell'immissione in commercio del primo **farmaco** biotecnologico, il numero di queste molecole è cresciuto esponenzialmente, andando a costituire una fetta di mercato considerevole su cui è opportuno riflettere per definire regole e modalità di ricorso e acquisto al passo con i tempi. Anche perché, è opportuno ricordarlo, la maggior parte dei brevetti di **farmaci** biotecnologici è scaduta o sta per scadere e pertanto il mondo della sanità sta per essere attraversato

in misura via via crescente dalla nuovissima ondata di **farmaci** biosimilari, situazione che richiede una adeguata preparazione e pianificazione strategica da parte di tutti i professionisti coinvolti.

L'idea del Forum del **Farmaco** muove proprio da queste considerazioni e da una serie di coinvolgimenti della Fare a livello regionale. È stato un mio personale impegno come presidente, infatti, quello di implementare la cooperazione con tutte le istituzioni e le realtà coinvolte nella filiera d'acquisto. Coinvolgimento con le istituzioni che ha portato la Fare ai gruppi di lavoro ai tavoli tecnici e importantissimi rapporti con l'assessorato. A valle di tutto ciò si è registrato l'evento, molto positivo, di un coinvolgimento della nostra Federazione nel primo forum sulla gestione del **farmaco**, occasione di incontro con l'istituzione regionale interessata nel contesto di un tavolo tecnico incentrato sulla gara regionale sui **farmaci**. In tale circostanza, ho potuto rilevare personalmente come all'interno del mondo imprenditoriale sia da più parti avvertita e segnalata l'esigenza di un con-

fronto e della definizione di regole precise valide a livello nazionale. Questa è una problematica che condivido e che mi sta particolarmente a cuore: è evidente infatti quanto sia attuale la necessità di dotare il nostro Paese di un assetto normativo univoco e universalmente valido in un momento in cui si tende alla centralizzazione degli acquisti. Se, infatti, è vero che fare chiarezza è un bene in generale, lo è ancora più in particolare se parliamo di gare che aggregano la domanda e che non consentono correzioni in corso d'opera. Se ci si trova a operare in piccole realtà si può ancora accampare la scusa di correggere il tiro ma in logiche di aggregazione della domanda, una volta fatta la gara occorre aspettare cinque anni prima di porre rimedio a un eventuale disastro. Ne deriva che



le regole servono e vanno definite quanto prima con il coinvolgimento continuo di tutti gli attori della filiera. Posso segnalare in questo senso la positiva collaborazione con la Sifo, motivo di orgoglio che ormai comincia a essere una tradizione per noi della Fare. In occasione del forum il dialogo si è potuto estendere anche ai rappresentanti di categoria dei farmacisti e ad aziende **farmaceutiche** di primo piano: è emerso in maniera sempre più lampante il coinvolgimento e desiderio collaborativo di tutti, se si pensa che importanti realtà facenti capo a Farmindustria e Assogenerici hanno ritenuto l'appuntamento degno della massima attenzione. Nel corso del secondo forum da noi organizzato, grazie al confronto di tutti e al target condiviso di ricercare degli orientamenti comportamentali condivisi, abbiamo registrato l'emergente necessità di ricorrere a un tavolo tecnico. Questo per me è un grande risultato perché io ho sempre sostenuto che qualsiasi convegno, qualsiasi simposio se non produce qualcosa subito dopo è destinato a rimanere fine a se stesso. E proprio il forum ha chiesto a viva voce un tavolo tecnico.

In quella sede era anche presente il direttore generale dell'As-

essorato Sanità Sicilia che ha pienamente condiviso la necessità di dalla Sicilia non perché debba essere regionalizzato ma perché la Sicilia deve essere lo start di un lavoro che deve coinvolgere tutto il territorio nazionale.

Il tavolo tecnico si sta già organizzando e dovrebbe andare avanti attraverso una mia proposta inviata a Farmindustria, Assogenerici Sifo e istituzioni per chiedere un primo incontro entro luglio e per far sì che l'estate non rallenti un confronto atteso da tutti.

Ora ovviamente la creazione di un tavolo tecnico deve passare attraverso un decreto dell'assessorato. Vorremmo poi lavorare per produrre qualcosa da presentare al nostro congresso di fine novembre. La discussione è sempre aperta sulle problematiche inerenti ai biosimilari e agli originator e per il provveditore la sfida tempi è una di quelle cruciali: se ci si appropria di una visione abbastanza larga ci si può affidare al dialogo e rinvenire una soluzione valida per il futuro, altrimenti si rimane fermi e, passatemi l'espressione colloquiale ma efficace, "fuori dai giochi".

Franco Astorina
Presidente Fare

A Londra l'eutanasia è illegale, ma possibile

Chi aiuta a morire "per compassione" non viene più punito

MATTIA BERNARDO BAGNOLI

L'ESPEDIENTE

Grazie alle nuove linee guida per i giudici, i 30 ultimi casi non sono arrivati in tribunale

Non è che in Gran Bretagna l'eutanasia sia diventata d'improvviso legale ma quasi. Il che appare come un controsenso visto che il Parlamento s'era chiaramente espresso contro la «dolce morte». I britannici hanno però trovato una scappatoia molto pratica, molto british, appunto, per non chiudere del tutto gli occhi davanti a uno dei grandi temi del XXI secolo. Ovvero modificare le «linee guida» per i magistrati chiamati a indagare sui casi di suicidio assistito. Morale: su 30 episodi finiti negli ultimi 18 mesi nelle mani dei pm di Sua Maestà nemmeno uno ha dato vita a un procedimento penale. Eppure il suicidio assistito, a tutti gli effetti, resta un crimine.

I dati sono stati raccolti dal Times e hanno suscitato l'approvazione di Lord Falconer, l'ex Gran Cancelliere ora presidente della commissione d'inchiesta sul suicidio assistito. Il nuovo «manuale d'istruzioni» - diffuso 18 mesi fa dall'ufficio del Director of Public Prosecutions (DPP) - sta dunque facendo sentire i suoi effetti. «Ma è giusto ricordare - ha precisato Falconer - che il cambiamento era in atto anche prima dell'introduzione delle linee guida. Che, di fatto, hanno codificato un comportamento già in atto». Chiudere un occhio, insomma. Le misure - in forma temporanea - vennero introdotte da Keir Starmer, direttore del DPP, già nel settembre 2009. Quindi divennero permanenti nel febbraio 2008. L'indicazione è esplicita: se qualcuno, «mosso da compassione», aiuta un'altra persona a morire e il «chiaro e lucido desiderio» a togliersi la vita è facilmente dimostrabile, l'avvio del procedimento penale va

considerato improbabile perché «non è nel pubblico interesse».

Come nel caso di Margaret Bateman, scomparsa nella sua casa di Birstall, West Yorkshire, il 20 ottobre 2009. Il marito, Michael, l'aiutò a posizionare un sacchetto di plastica sul capo e assemblò il macchinario distributore di elio. Fu però Margaret a sigillare il sacchetto e ad azionare la valvola di apertura della bombola del gas. Nel maggio del 2010 il Crown Prosecution Service (CPS) - la pubblica accusa del Regno Unito - stabilì che, nonostante vi fossero sufficienti elementi per incriminare Michael, non era il caso di procedere. «La signora soffriva da decenni di dolori cronici e ha mostrato un inequivocabile desiderio di suicidarsi», si legge nel rapporto del CPS. «I colloqui con il marito e i figli lo confermano. E' inoltre evidente che il signor Bateman abbia agito solo e unicamente per compassione».

Nell'anno che va dall'aprile 2010 all'aprile 2011 18 episodi simili sono stati portati dalla polizia all'attenzione del CPS: due sono ancora sotto revisione, tre sono stati ritirati dalla polizia stessa e 13 non hanno portato a nessuna azione penale. Dall'ultimo aprile i casi contati sono invece sette: uno è stato ritirato e i restanti sono ancora allo studio dei magistrati. I funzionari del DPP credono ad ogni modo che i numeri siano in crescita, benché le statistiche si basino solo sui dati rintracciati a partire dal 2009. In quell'anno, quello delle linee guida temporanee, 19 casi finirono infatti in mano ai magistrati. Di nuovo, tutto si concluse con un nulla di fatto. Un portavoce del CPS ha però escluso un «ammorbidimento» da parte dei pm britannici. «La legge non è stata cambiata», ha dichiarato. «Assistere o incoraggiare al suicidio resta un reato. Le nostre politiche offrono però ai magistrati una chiara cornice interpretativa per capire quali casi debbano finire in tribunale e quali no. Questo non significa aprire le porte all'eutanasia e aggirare il volere del Parlamento».

Corea del Sud

Allarme suicidi

40 morti al giorno

■ Allarme suicidi in Corea del Sud, dove in dieci anni il numero delle persone che hanno deciso di togliersi la vita è quasi raddoppiato. Secondo le statistiche, il Paese asiatico è in cima alla classifica mondiale: nel 2009 ogni giorno 40 sudcoreani si sono suicidati. Un numero che supera di due volte il tasso di suicidi registrato un decennio fa, e di cinque volte quello di venti anni fa. Le ragioni del fenomeno restano poco chiare. L'epidemia di suicidi si è diffusa soprattutto tra i giovani, che affollano i siti di gruppi che discutono i metodi per farla finita con la propria esistenza. Il governo di Seul ha varato un programma di prevenzione dei suicidi, che include l'installazione di telefoni di emergenza per l'assistenza psicologica sui ponti, e una rete di nuovi centri di prevenzione del suicidio.



Gran Bretagna**Eutanasia crimine non perseguito
già trenta casi archiviati in 18 mesi**

LONDRA — La legge li vieta, ma i suicidi assistiti non sono perseguiti dai magistrati britannici - come è peraltro scritto nelle linee guida diffuse 18 mesi fa dall'ufficio del Director of public prosecutions. Da allora trenta persone sono state denunciate per aver aiutato qualcuno a morire, ma non ci sono state incriminazioni perché tutti erano «mossi da compassione» e aiutavano qualcuno che aveva «un chiaro e lucido desiderio» di morire. Come dicono appunto le linee guida.



Su «Nature» i risultati di uno studio dell'Università di Princeton e dell'Irst di Meldola

Ecco come viaggia il tumore

Scoperto il ruolo di micro particelle di Rna nel processo di metastasi

Inibita la proteina guida dell'apoptosi

ONCOLOGIA

È colpa dei miR-200 - una famiglia di micro-Rna - e del loro influsso sulla proteina Sec23a se alcuni tumori - in particolare quello della mammella - riescono a sfuggire alle terapie per propagarsi dalla sede primitiva ad altre zone dell'organismo.

La scoperta è frutto di uno studio svolto dal Centro di Osteoncologia dell'Irst (Istituto scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori) di Meldola (Forlì) diretto da **Toni Ibrahim** sotto la supervisione scientifica di **Dino Amadori** e il gruppo di studiosi guidati da **Yibin Kang**, direttore del dipartimento di Biologia molecolare della Princeton University, svolto in collaborazione tra l'Università di Princeton.

La ricerca - appena pubblicata su Nature - è servita a confermare su molecole umane le evidenze precedentemente raccolte da studi preclinici e modelli animali circa il ruolo, fino a oggi controverso, svolto da una famiglia di micro-Rna - ovvero piccole parti di Rna, una molecola di acido nucleico molto simile a quella del Dna - detta miR-200.

In particolare è stato dimostrato che i miR-200, possono inibire una particolare proteina (Sec23a) responsabile a sua volta dei processi di secrezione al di fuori dalla matrice extracellulare di altre proteine (come Tnfr1 e Igfbp4) il cui ruolo è proprio quello di contrastare le metastasi.

Il conseguente accumulo di queste proteine all'interno della cellula agevola i processi di colonizzazione dei tumori in altri organi e/o tessuti lontani dal sito primario. Secondo i ricercatori questi risultati identificano questa famiglia di mole-

cole come possibile obiettivo terapeutico per nuove e sempre più efficaci terapie

biologiche antitumorali preventive.

«Bloccare il processo di metastatizzazione - ha spiegato **Dino Amadori**, direttore scientifico dell'Irst - rappresenta oggi una sfida per la ricerca in **oncologia** essendo questo processo la causa dei fallimenti terapeutici. Conoscendo in anticipo i processi molecolari di estensione della neoplasia sarà possibile un giorno mettere a punto terapie preventive, migliorando considerevolmente la qualità della vita dei pazienti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

