

## **Rassegna del 04/11/2010**

---

CORRIERE DELLA SERA - "Quelle mamme prigioniere in casa" - De Bac Margherita

1

» I rischi

# «Quelle mamme prigioniere in casa»

ROMA — Sono un'esigua minoranza le mamme bambine italiane. Poco più di due su cento partoriscono prima del ventesimo compleanno. Quelle sotto i 15, poi, sono una rarità non meglio identificata nell'indagine annuale basata sulle schede di dimissioni al parto (Cedap). Le regioni dove il fenomeno è meno inconsueto sono nell'ordine Sicilia, Campania e Puglia. «Ho visto partorire qualche giovanissima. Da noi non è mai successo, per fortuna», attinge alla sua esperienza Emilio Arisi, primario ginecologo al Santa Chiara di Trento e consigliere della Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia).

Le conseguenze per ragazze appena uscite dall'infanzia e adolescenti ancora in formazione sono «sconvolgenti» sul piano fisico, psicologico e per la società. «A quest'età l'organismo è ancora in fase di maturazione e non è predisposto per la gravidanza, che è a rischio e richiede il cesareo. Il bacino è stretto, non è conformato per sopportare un evento così traumatico, per affrontare travaglio e nascita».

E poi famiglie che si sfasciano e devono assumersi la responsabilità economica. Gli studi che vengono interrotti. L'infanzia che bruscamente si arresta. Questo ed altro si nasconde dietro le gravidanze precoci. Ma al nord si contano sulla punta delle dita.

Il primato dei parti sotto i 20 anni è della Sicilia, il 3,35% secondo il Cedap. Allo Zen, quartiere popolare di Palermo, gli operatori sono abituati a storie di mamme bambine, che provengono da famiglie disagiate, conseguenza indesiderata delle fuitine. Ne ha seguite tante Ornella Zampardi, ginecologa del consultorio San Filippo Neri: «Le ragazzine diventano prigioniere in casa, di solito vanno ad abitare dalla suocera. La maggior parte non avverte il senso di maternità e delega la gestione del neonato alle nonne. Alcune, però, entrano nella parte. Mi chiedono di vedere la sala dove avranno il piccolo. Insomma, si avviano verso la nuova vita con consapevolezza».

In ogni caso sono ragazze difficili da gestire. «Non rispettano la dieta — continua la ginecologa —. Ingrassano in modo ingovernabile prendendo anche venti, venticinque chili. Col pan-

cione continuano a indossare scarpe col tacco molto alto e a mantenere comportamenti fanciulleschi che mal si adattano con la nuova realtà. Gli studi restano incompiuti e non arrivano all'esame di terza media». Michele Grandolfo per tanti anni si è occupato di epidemiologia del settore materno infantile all'Istituto Superiore di Sanità: «I casi italiani sono insignificanti. Le gravidanze precoci qui da noi non costituiscono un problema. Sono situazioni frequenti e normali fra le immigrate, soprattutto indiane, africane e sudamericane».

**Margherita De Bac**



**I genitori**

Secondo l'articolo 12 se la donna che richiede l'interruzione di gravidanza è minorenni, i genitori vanno informati e devono dare il loro assenso o negarlo

**Scelta autonoma**

Il giudice tutelare può autorizzare la minorenni a decidere da sola se presume che il dover consultare il genitore aggravi il rischio di aborto clandestino

**La privacy**

Per la privacy la richiesta di interruzione della gravidanza deve essere fatta personalmente dalla donna. Nessuno può indurla all'aborto

**I dati**

Nel 2009 sono state 1.184 le interruzioni di gravidanza autorizzate dai magistrati



## Rassegna del 04/11/2010

---

MEN'S HEALTH - Il profilattico a difesa dei tuoi spermatozoi - ...

1

# Lsu7

LA QUOTA DI COPPIE ITALIANE CHE NON RIESCONO  
AD AVERE UN FIGLIO CON UN METODO NATURALE

Fonte: 14° World Congress Isge

## IL PROFILATTICO A DIFESA DEI TUOI SPERMATOZOI

Stete cercando di avere un figlio, ma non arriva? Non mettere in dubbio la tua virilità (come fanno in troppi). «Impotenza e fertilità non sono quasi mai associate», rassicura il professor Mauro Schimberni, docente all'Università La Sapienza di Roma e specialista in riproduzione assistita. Non pensare nemmeno che la difficoltà siano per forza "colpa" della tua compagna: nel 50% dei casi è il maschio a non essere fertile. E a volte lo è a causa di qualche imprudenza passata: «La sterilità deriva spesso da infezioni genitali da *Mycoplasma* e *Chlamydia*, germi che si trasmettono anche con il sesso non protetto», spiega Schimberni. «Bastano un'analisi del liquido seminale e un esame del sangue per individuare la vera origine del problema. Aggiungi un'ecografia e un'ecodoppler dei testicoli e avrai uno screening completo che aiuterà a rendere la situazione più chiara», conclude il professor. E comunque, in caso di avventure, usa sempre il preservativo...

## Rassegna del 04/11/2010

---

ATTENZIONE - Sesso: ansia da prestazione "in rosa", colpisce 1 italiana su 5 - ...

1

## Sesso: ansia da prestazione 'in rosa', colpisce 1 italiana su 5

Sempre al top, in ufficio, in famiglia e sotto le lenzuola: le italiane inseguono la perfezione su più campi, ma cresce la paura di non essere all'altezza. Così una su 5 ammette di aver provato l'ansia da prestazione. Il problema, finora sempre declinato al maschile, 'in rosa' è poco noto: se il 95% delle connazionali conosce quella degli uomini, solo il 38% sa che può presentarsi anche nel gentil sesso. Lo rivela il sondaggio 'Le italiane e il sesso' - presentato a un Congresso nazionale a Firenze - condotto a Roma, Milano e Napoli su 600 donne tra i 18 e i 50 anni, di cui il 26% single. L'ansia da prestazione in rosa è uno dei nuovi nemici della coppia, con la routine (65%), lo stress (51%) e il timore di deludere il partner (48%). "Più a rischio sono le donne che soffrono di cicli abbondanti, che possono causare anemia, e di forti sbalzi ormonali - spiega Salvatore Caruso, presidente della Federazione di sessuologia scientifica (Fiss) e co-presidente del Congresso nazionale di Firenze, congiunto con la Società della contraccezione (Sic) - Non bisogna sottovalutare gli effetti dannosi di stili di vita sempre più maschili, che si riflettono anche sulla libido: in particolare l'abitudine al fumo, il consumo di alcolici e il superlavoro". Dal sondaggio emerge anche una maggioranza abitudinaria e fedele, con il 59%, che mantiene un numero di rapporti invariato nell'ultimo anno; il 61% che ha avuto in questo periodo un solo partner. La paura di restare incinta 'frena' inoltre il desiderio per un'italiana su 3, tanto che il 72% rinuncerebbe a un'avventura occasionale se non adeguatamente protetta, anche nei confronti delle malattie sessualmente trasmissibili. Ma come si manifesta l'ansia da prestazione in rosa? E' come un blocco della risposta sessuale, con un meccanismo più psicologico e introspettivo che fisico: lei riesce comunque a portare a termine il rapporto, pur vivendo un senso di disagio, spiegano gli esperti. "Per risolverlo, a prescindere dall'intervento medico, è fondamentale il dialogo con il partner, per condividere le difficoltà e migliorare l'intimità - spiega Caruso - Una strategia efficace è anche una dieta sana, riposare un numero adeguato di ore (8 per notte, perché l'ansia basale aumenta quando c'è carenza di sonno) e praticare ogni giorno un po' di movimento fisico, che facilita l'eccitazione".



# Ecco l'occhio bionico un microchip nella retina per vedere di nuovo

*I pazienti hanno riconosciuto lettere e oggetti*

**Sensori convertono la luce in segnali elettrici che stimolano il nervo ottico**

**LUIGI BIGNAMI**

ROMA — Miikka Thero, un finlandese di 46 anni, è affetto da retinite pigmentosa, malattia ereditaria che lentamente porta dapprima alla cecità notturna e poi, spesso, a quella totale. Ma recentemente è stato sottoposto ad una rivoluzionaria operazione che gli ha permesso di guardare le sue mani, di riconoscere una banana e un piatto, e anche una scritta dove compariva la parola MIKA, di fronte alla quale ha perfino ironizzato: «Avete fatto un errore, al nome manca una I e una K». Insomma Miikka vede davvero. L'eccezionale esperimento è stato messo a punto da Eberhart Zrenner, dell'Università di Tuebingen, con il quale ha collaborato una società privata, la Retina Implant AG.

Zrenner è riuscito ad inserire nella parte posteriore del bulbo dell'occhio del paziente un microchip capace di restituire una vista parziale. Un occhio bionico, dunque, con il microchip di 3 mm di lato, ricoperto da 1.500 diodi, impiantato durante un'operazione durata quattro ore e mezzo. Dal chip parte un sottilissimo cavo che fuoriesce dalla fronte e se ne va dietro l'orecchio dove il tutto viene alimentato da una batteria che può essere tenuta facilmente in tasca. I sensori rilevano la luce che entra nell'occhio e la convertono in segnali elettrici che vanno a stimolare la retina e il nervo ottico, attraverso il quale le informazioni arrivano al cervello dove si trasformano in immagini.

Al momento, il sistema è stato provato su 11 persone e, salvo nei casi in cui la malattia era estremamente avanzata, i risultati sono stati interessanti. Anche se i pazienti non potevano distinguere i colori, ma erano in grado di cogliere solo una varietà di grigi, come se il mondo fosse in bianco e nero. Al momento, quindi, se si vuol che il paziente veda la sua mano con gli occhi artificiali è necessario che l'ambiente sia oscurato e le mani illuminate da luce rossa, mentre le parole scritte in bianco su nero sono molto più facili da riconoscere. Nonostante le limitazioni dell'apparecchio, Thero non mancherà di provare i nuovi prototipi. «È vero che ciò che si osserva è confuso — afferma — tuttavia sono riuscito ad orientarmi, ad interagire con chi mi stava attorno e con gli ostacoli nell'ambiente».

Spiega Zrenner, che ha pubblicato la sua ricerca su *Proceedings of the Royal Society B*: «Al momento a tutti i pazienti è stata tolta la protesi. Vogliamo raggiungere due obiettivi importanti prima di rendere pubblico lo strumento: da un lato puntiamo a far sì che le persone vedano ancora più nitidamente, dall'altro vogliamo che tutta l'apparecchiatura sia posta sottopelle, batteria compresa». David Head, della British Retinitis Pigmentosa Society, ha smorzato un po' gli entusiasmi attorno all'esperimento. Commenta: «Quanto realizzato è senza dubbio un lavoro molto interessante, ma non restituisce la vista come la intendiamo normalmente. Il sistema, infatti, dà ai non vedenti dei segnali che permettono solo di interpretare meglio il mondo che li circonda. Anche se questo è molto utile per vivere meglio».



**Gli altri impianti**

**Udito**

- Un chip nella testa un apparecchio nella coclea e un microfono esterno ripristinano l'udito

**Occhio**

- Retina artificiale: riceve segnali da una telecamera negli occhiali e li invia al nervo ottico

**Cervello**

- Diversi microchip inseriti nel cervello permettono di dialogare con un computer

**Cuore**

- Un cuore artificiale permanente controlla il flusso di sangue

**Tatto**

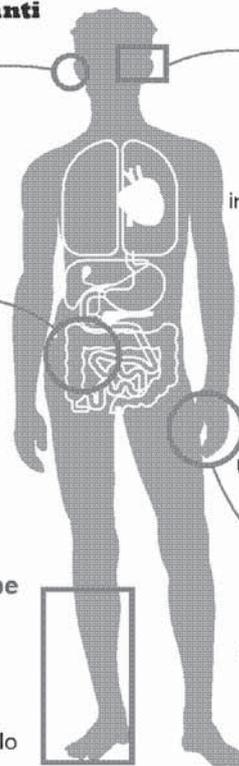
- Un chip nelle dita sente la pressione sulla pelle e invia i segnali che restituiscono il senso del tatto

**Addome**

- Una pompa fornita di sensori controlla il livello di insulina la inietta in caso di necessità

**Braccia e gambe**

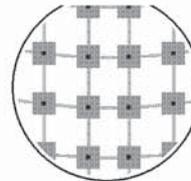
- Protesi sempre più sofisticate utilizzano sensori e materiali che consentono un maggior controllo



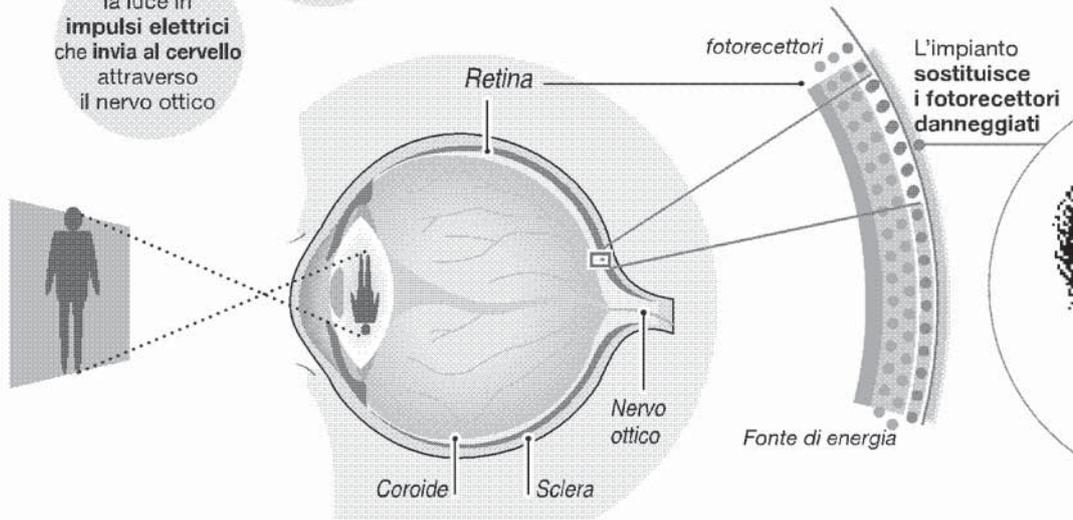
**Come funziona**

Il dispositivo svolge la funzione dei **fotorecettori danneggiati**

Trasforma la luce in **impulsi elettrici** che invia al cervello attraverso il nervo ottico



Il **sensore** ha una dimensione di 3 mm di lato ed è costituito da 1500 diodi che ricevono la luce esterna da una telecamera negli occhiali



Il cervello si attiva grazie agli impulsi elettrici dell'occhio bionico. Uno dei pazienti: «Vedo distintamente»

# La vista torna in un chip

*Una retina artificiale ridà la luce a tre non vedenti tedeschi*

di Antonio Caperna

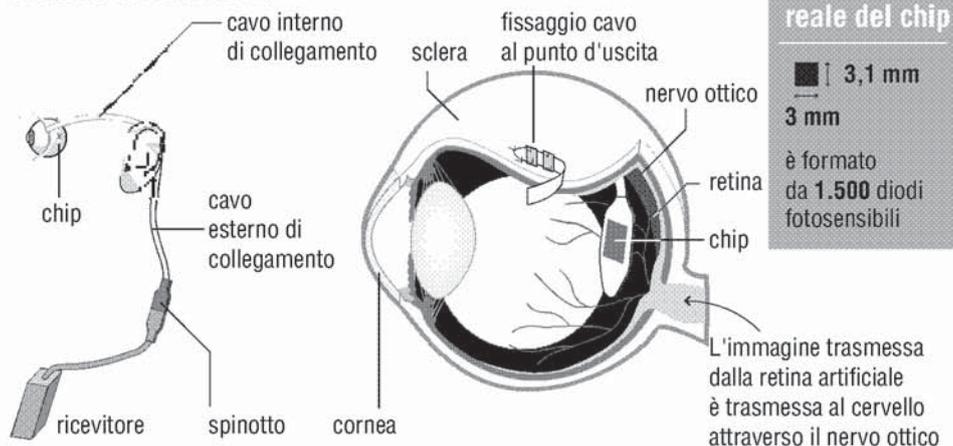
ROMA - Tornare a vedere grazie a un occhio bionico. Non è fantascienza presa in prestito a un film ma quanto è accaduto a tre pazienti, che hanno ricominciato a distinguere le lettere del proprio nome, il sorriso soffuso della fidanzata, semplicemente un fiore.

Forse è prematuro gridare al miracolo della scienza, poiché i pazienti totali erano undici ma solo in tre il chip impiantato nell'occhio ha funzionato correttamente, probabilmente perché posizionato dietro la retina, nella zona maculare centrale. Negli altri poi la malattia era molto avanzata anche se la maggior parte è tornata comunque a distinguere oggetti luminosi. Il chip è stato realizzato da ricercatori tedeschi dell'ateneo di Tubinga in team con un'azienda privata, la Retina Implant Ag, e lo studio è riportato dalla rivista Proceedings of the Royal Society B.

L'occhio bionico funziona convertendo la luce che entra nell'occhio in impulsi elettrici che vengono immessi nel nervo ottico dietro la retina. E' alimentato esternamente e nei test iniziali è stato collegato a un cavo che sporgeva dalla pelle dietro l'orecchio per connettersi a una batteria. Ma il team sta ora testando una versione aggiornata del chip interamente contenuto sotto l'epidermide.

«Quando dopo tre o quattro giorni dall'intervento - ha raccontato Miikka Terho, 46enne paziente finlandese che ha partecipato alla sperimentazione - l'occhio ha cominciato a ristabilirsi ho cominciato a vedere i primi flash di luce. Sono rimasto meravigliato. Poi nei giorni seguenti ho cominciato a vedere sempre più distintamente fino a ora che riesco a leggere le lettere».

## La retina artificiale



**Grandezza reale del chip**

■ 3,1 mm  
3 mm

è formato da 1.500 diodi fotosensibili

L'immagine trasmessa dalla retina artificiale è trasmessa al cervello attraverso il nervo ottico

Fonte/Note

ANSA-CENTIMETRI

## Dalla pelle ai polmoni ecco gli organi biotech

ROMA - I tessuti biotech, costruiti in laboratorio, sono ormai una realtà. Dalla pelle alla cornea, vari sono gli esempi di tessuti artificiali. Il primo organo complesso costruito in provetta, invece, sono stati i polmoni, grazie a una tecnica che permette di utilizzare la struttura naturale dell'organo come «impalcatura» sulla quale far sviluppare le nuove cellule. Per gli altri organi la soluzione è più complessa, anche se numerosi studi sono in corso.



**PISA**

**Primo trapianto di pancreas al mondo  
eseguito da un robot con tecnica mini invasiva**

**E' STATO** eseguito il primo trapianto di pancreas al mondo con la tecnica robotica mini invasiva. L'intervento lo si deve al professor Ugo Boggi, direttore della chirurgia generale e dei trapianti nell'Uremico dell'Azienda ospedaliera universitaria di Pisa. L'operazione è durata 3 ore ed è consistita nel trapiantare un pancreas da cadavere ad una donna di 43 anni residente in Abruzzo affetta dall'età di 24 anni da diabete e già trapiantata di rene. Il trapianto di pancreas è una terapia riservata ai pazienti affetti da diabete 1. L'intervento è stato eseguito il 27 settembre scorso e la paziente è stata dimessa il 30 ottobre dopo un decorso post operatorio del tutto regolare.



# “Ci spaventa meno ma l’Aids continua a infettarci”

Il Nobel che l’ha scoperto: ora tocca alla ricerca

**BARRÉ-SINOUSI**

«Il traguardo è più vicino di quanto crediamo. Torniamo nei laboratori»

**LA PROSPETTIVA**

«Dobbiamo studiare chi si infetta ma non si ammala»



**N**egli anni Novanta c’erano i fumetti di Lupo Alberto, gli spot in tv - «Di chi è questo?» -, e le campagne choc che sbattevano il «mostro» sui cartelloni pubblicitari. L’Aids uccideva. E faceva paura. Oggi, a ventotto anni di distanza dall’inizio dell’epidemia, l’Hiv continua a colpire (nel mondo si registrano 7500 nuovi casi ogni giorno), ma lo fa in silenzio.

In Europa, e in Italia, dove possiamo permetterci i farmaci antiretrovirali, ci si continua ad ammalare. In Africa - 22 milioni di persone infettate, due terzi del totale mondiale - si continua anche a morire: per ogni due pazienti trattati con le terapie, altre cinque persone contraggono il virus.

A lanciare l’allarme è Françoise Barré-Sinoussi, la donna che scoprì il virus assieme all’epidemiologo francese Luc Montagnier e

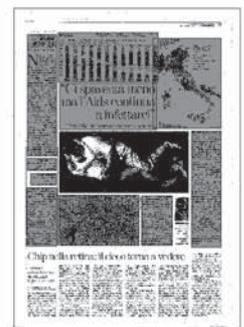
che per questo, nel 2008, ha ricevuto il premio Nobel per la Medicina. Ieri mattina era alla clinica Humanitas di Rozzano, alle porte di Milano, per un convegno sulle malattie infettive. «In Europa la diffusione su larga scala delle terapie combinate antiretrovirali, che pur non consentendo la guarigione permettono di tenere sotto controllo l’infezione, ha modificato sostanzialmente l’andamento della malattia nelle persone sieropositive - spiega la professoressa -. La vera emergenza è il contagio. Dal 1996 a oggi il tasso di mortalità in Europa è diminuito dell’85% circa, così come la progressione dell’infezione - da asintomatica all’Aids conclamato - è in proporzione diminuita. I successi delle terapie antiretrovirali hanno inoltre consentito di azzerare la trasmissione della malattia fra madre e feto. Così, oggi, le donne non hanno più paura né dei propri partner sieropositivi né di eventuali gravidanze».

In Italia, 180 mila persone Hiv positive, delle quali 22 mila con Aids conclamata, e duemila morti ogni anno, i problemi si chiamano aumen-

to dei contagi per via sessuale e inconsapevolezza: più della metà delle persone infette non sa di esserlo. L’Aids coinvolge tutti: uomini e donne di mezza età, ma sempre più spesso anche giovani e giovanissimi. «Il mondo dei media e la politica hanno responsabilità precise, hanno abbassato la guardia - spiega Domenico Mavilio, capolaboratorio dell’unità di Immunologia dell’Humanitas -. Le nuove generazioni non sono informate né sui rischi né sulla prevenzione, ce ne rendiamo conto tutti i giorni». Anche Françoise Barré-Sinoussi ha ribadito il concetto. «I ragazzi, che spesso sono poco consapevoli del rischio a causa della scarsa informazione, costituiscono un drammatico bacino di sviluppo dell’infezione da Hiv. Sottovalutare il pericolo è un errore. A fronte di una riduzione della mortalità, infatti, la percentuale di nuovi infetti non è diminuita. Aumentano anzi i casi di contagio attribuibili a rapporti sessuali: in Italia, ad esempio, nel 2008 costituiscono il 74%».

A Milano la dottoressa Barré-Sinoussi ha parlato anche della grande sfida che attende la comunità scientifi-

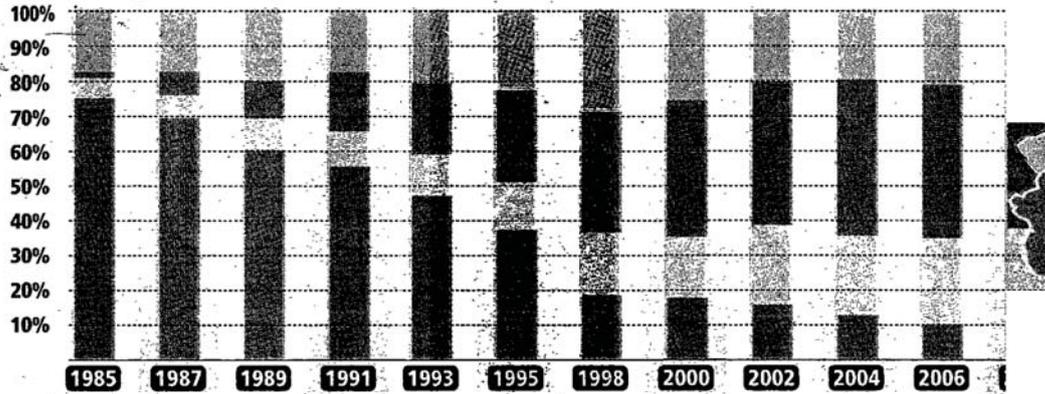
ca: lo sviluppo di un vaccino. «Il fallimento dell’ultima sperimentazione clinica deve essere uno stimolo per tornare in laboratorio. Sono ottimista. Oggi, rispetto agli anni ’80, le nuove tecnologie e gli approcci scientifici innovativi costituiscono un netto vantaggio per la messa a punto di un vaccino. La soluzione, forse, è più vicina di quanto crediamo: esistono piccole percentuali di pazienti infettati dal virus Hiv che, senza alcun farmaco, non sviluppano l’Aids. Noi scienziati dobbiamo “andare a scuola” da loro, ossia capire quali meccanismi hanno naturalmente sviluppato, e replicarli con un vaccino».



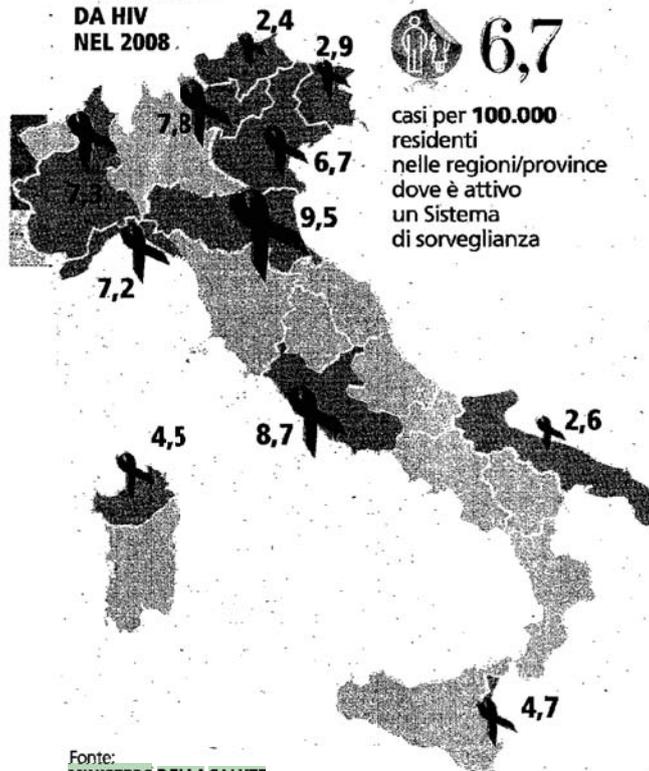
## In Italia

USO INIETTIVO DI DROGHE
  CONTATTI OMO/BISESSUALI
  CONTATTI ETEROSESSUALI
  ALTRO

COME SI TRASMETTE IL VIRUS (dati relativi a Piemonte, Liguria, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Bolzano Trento, Sassari e Catania)



### NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV NEL 2008



Fonte: **MINISTERO DELLA SALUTE**  
<http://www.salute.gov.it/hiv/hiv.jsp>

Partners - LA STAMPA

## Nel mondo

I DATI SONO COMPLESSIVI (Aids conclamato e sieropositivi)



Partners LA STAMPA

## IL RISCHIO CONTAGIO

# Aids, 40mila casi in Lombardia Il Nobel: «È ancora emergenza»

*La ricercatrice francese che scoprì l'Hiv lancia l'allarme: «Il vero pericolo sono gli untori inconsapevoli under 30»*

**Maria Sorbi**

■ In Lombardia ci sono 15mila persone che hanno contratto il virus dell'Hiv e che non sanno di averlo. Novemila i casi a Milano. Spesso si tratta di giovani che nemmeno hanno compiuto i trent'anni. In regione i sieropositivi conclamati, seguiti da ospedali e strutture, sono circa 40mila, ma poi ci sono i casi «sommersi». E l'allarme contagio è ancora alto. In sostanza, per ogni quattro persone che hanno la consapevolezza di aver contratto il virus e si stanno curando, ce n'è una ancora ignara della sua situazione che può a sua volta essere veicolo di trasmissione.

A confermare i numeri è il reparto di infettivologia dell'ospedale Sacco. E a lanciare l'sos è il premio nobel per la medicina Françoise Barré-Sinoussi: fa un certo effetto sentir parlare di emergenza proprio la scienziata che trent'anni fa, assieme a Luc Montagnier, ha stanato il virus al microscopio. Eppure l'immunologa francese, durante un incontro all'Humanitas di Rozzano, è tornata a parlare di ci-

fre impressionanti. «Nei Paesi poveri - spiega - per ogni due pazienti trattati si registrano cinque nuove infezio-

ni, tanto che in tutto il mondo sono più di 30 milioni le persone contagiate da Hiv». Il pericolo più grande sono i cosid-

detti «untori inconsapevoli»: «Il 50-60 per cento delle persone infette - fa i conti la scienziata - non sa di esserlo e proprio per questo costituisce una seria minaccia per la trasmissione dell'infezione». Da qui la richiesta a gran voce di «una strategia integrata che prevede informazione, prevenzione, ricerca e cura». La scienziata spiega infatti che «il fronte del contagio rimane aperto e sottovalutare

il pericolo è un errore. A fronte di una riduzione della mortalità a causa del virus, la percentuale dei contagiati non è diminuita». Anzi, aumentano i casi di contagio attribuibili ai rapporti sessuali non protetti: in Italia il 74 per cento dei casi di trasmissione dell'Hiv è dovuto al mancato utilizzo di precauzioni, in particolar modo tra i giovanissimi. «Spesso - spiega la Barré-Sinoussi - sono proprio i giovani quelli ad essere i più disinformati e poco consapevoli del pericolo che corrono e costituiscono un drammatico bacino di sviluppo dell'infezione». La ricercatrice francese tuttavia ha anche lanciato un messaggio di speranza ai ricercatori lombardi, come a dire che non sono affatto sprecate le ore passate attaccati al microscopio: «Il vaccino è la vera grande sfida della ricerca. Il fallimento dell'ultima sperimentazione clinica deve essere uno stimolo, per noi scienziati, a tornare in laboratorio per capire meglio come funziona il sistema immunita-

rio e riuscire ad attivare risposte protettive anche contro virus subdoli come l'Hiv». Recenti risultati, ricorda l'esperta, «hanno identificato alcuni dei rifugi dove l'Hiv si nasconde, suggerendo nuovi bersagli terapeutici. La sfida è tradurre queste conoscenze in un vaccino, che verosimilmente non sarà preventivo ma terapeutico, ed entrerà a far parte della strategia integrata necessaria per debellare l'Aids».

**IN REGIONE Sono**  
**15mila le persone**  
**che non sanno**  
**di aver contratto il virus**





**LE CARENZE ALLA BASE DI UN MERCATO TORBIDO**

# Tagli e pochi servizi E spesso la donna rimane abbandonata

*POCHI CORSI PRE-PARTO, LISTE DI ATTESA PER ECOGRAFIE E MONITORAGGI. E SI CERCA LA VIA BREVE.*

**C**os'è che spinge le future mamme a tutelarsi in anticipo, a cercare un'assistenza speciale anche nell'ospedale pubblico, dove non sarebbe possibile? Eppure il parto, a meno di non trovarsi di fronte a patologie particolari, è un evento naturale e fisiologico che qualsiasi ostetrica di turno è in grado di seguire e portare a termine.

## "MEGLIO PREMUNIRSI"

I motivi sono diversi e hanno a che fare sia con la sfera emotiva che coinvolge l'evento nascita sia con le esperienze di "abbandono" che, in molte, raccontano. Ecco cosa leggiamo su un forum in internet: "Negli ospedali romani è diffusa la 'simpatica' abitudine di pagare, in nero, una vera e propria mazzetta alle

ostetriche prima del parto, con il rischio, se non ci si premunisce, di partorire praticamente da sole, come è capitato a me". E ancora: "All'ospedale di Reggio Calabria sembra sia prassi pagare un'ostetrica per seguirti, altrimenti quella di turno ti segue solo all'ultimo minuto".

## MALCOSTUME E CARENZE

Così **Francesca Moccia** coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva: "Da una parte ci sono i tagli del personale che incidono sulla qualità del servizio, dall'altra c'è anche un malcostume diffuso: la poca trasparenza di un sistema privato cresciuto all'ombra di quello pubblico e il fatto che, a meno che non ci sia una gravidanza a rischio, nella maggioranza dei casi non esiste un percorso pubblico che segua la donna in tutta la gravidanza". Poche le strutture che organizzano i corsi pre-parto (il luogo ideale dove conoscere e in-





## Abuso di ufficio Ecco cosa rischia chi si fa pagare

**N**on solo al San Camillo, non solo a Roma. La pratica di pagare sottobanco le ostetriche per un'assistenza più celere e accurata è diffusa in tutta Italia, al punto che se ne sono già occupate, negli ultimi anni, diverse procure. Saranno anche le future mamme a chiedere un "servizio speciale", ma è pur vero che concederlo è un reato.

Se dell'indagine della Procura di Roma sul "vecchio" caso del San Camillo si sono perse le tracce, il Tribunale di Firenze ha invece emesso la sua sentenza. Nel giugno del 2008 ha condannato per abuso d'ufficio cinque ostetriche dell'ospedale Careggi: si erano fatte pagare tra i 500 e gli 800 euro per fornire un'assistenza di riguardo alle degenti del reparto di ostetricia. In sostanza, avevano svolto indebita-

mente la libera professione all'interno dell'ospedale. Il giudice ne ha condannate tre a 4 mesi di reclusione, le altre due a 3 mesi, e in più ha disposto la pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici.

A Padova è stata la stessa Azienda ospedaliera a prendere l'iniziativa. Nel dicembre del 2009, dopo la denuncia pubblica di una donna, ha istituito una commissione di indagine per accertare se nella divisione di Ostetricia e ginecologia esisteva o meno la prassi "di ottenere, dietro pagamento, assistenza personalizzata durante il parto".

La prassi denunciata prevedeva il versamento di 500 euro sottobanco: solo così la partoriente avrebbe avuto vicino una buona ostetrica. Secondo quanto riferito, sarebbe stato lo stesso ginecologo della struttura a fornire nome e numero di telefono della brava ostetrica "a servizio privato". Non sappiamo come sia andata a finire l'indagine dell'Azienda ospedaliera.

nel caso del parto si cerca anche un contenimento affettivo e un'intimità che il succedersi di tre turni di ostetriche sconosciute non possono certo garantire". È anche un problema di società, continua la Toro: "Si diventa madri sempre più tardi quando il dispositivo protettivo della famiglia non c'è più. Eppure al momento del parto si ha proprio bisogno di rassicurazione, di essere accudite. Questa protezione si cerca oggi nelle figure professionali che ci seguono nelle ultime fasi della gravidanza, fino al parto".

Ecco cosa scrive Federica in rete: "Sono stata in un centro di ostetriche che assistono le partorienti a casa e in ospedale. Visto che sono una fifona e per di più un po' attempata andrò in ospedale. Però mi rassicura sapere che questa donna allegra e sensibile mi accompagnerà - insieme a mio marito - e starà con me fino a parto concluso. Il vantaggio è non beccarsi tre ostetriche in turni diversi, essere assistita da una persona che ci conosce e conosce le scelte che abbiamo fatto. Credo che non sia legale, ma che si faccia". ●

### TAGLI E POCHE SERVIZI...

staurare quel minimo di familiarità con le ostetriche) e quando arriva il momento di ecografie e monitoraggi trovare un posto in ospedale, in tempo utile, è impresa titanica. "La tendenza - continua la Moccia - è quella di ridurre e concentrare i punti nascita per creare pochi centri specializzati. Si dice che le strutture con meno di 500 parti l'anno non garantiscono standard elevati. Va bene, però non si può trasformare situazioni di eccellenza in situazioni di caos in cui il sovraccarico di lavoro per i sanitari è eccessivo. Senza personale a sufficienza è impossibile garantire qualità, sicurez-

za e protezione: quell'assistenza dignitosa di cui ha bisogno una donna durante il parto".

### RICERCA DI AFFETTO

Trovare l'ostetrica sbrigativa è un rischio che nessuna donna vuole correre. Ci spiega Maria Beatrice Toro, psicologa e psicoterapeuta direttrice della Scint, Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale: "Siamo di fronte a un evento particolarmente personale e intimo in cui è forte il desiderio di rimanere lucidi e godersi a pieno l'esperienza. Se in qualsiasi altro caso quando si entra in un ospedale si cerca soprattutto competenza professionale,

# PARLARE DELLA PROPRIA MALATTIA IL CORAGGIO CHE AIUTA A GUARIRE



Questa settimana l'Aiom, l'Associazione italiana di oncologia medica, consegnerà il premio per la comunicazione, intitolato allo scomparso collega di *Repubblica* Giovanni Maria Pace, a un giornalista che non si occupa di temi sanitari e medici: Giorgio Porrà, caporedattore, autore e conduttore di Sky, inventore del fortunato programma «Lo sciagurato Egidio».

Giorgio ha avuto il merito di portare sullo schermo e su Facebook la malattia. La sua malattia, un tumore osseo scoperto dopo aver sofferto dolori atroci e dopo una errata diagnosi di ernia. Ne ha parlato, l'ha gridata, ha avuto il coraggio di mostrarsi senza capelli in trasmissione e di descrivere fitte e nausea. Non ha saltato una puntata. Campione di outing.

Fino a non molto tempo fa il cancro veniva nascosto, sottaciuto, specie se a patirne erano i personaggi noti che da una confessione pubblica avrebbero potuto temere di trarre danni di immagine e carriera. Oggi non più. Le esternazioni sul tumore sembra facciano bene. Giovano a chi ne è colpito, come comin-

ciano a dimostrare articoli pubblicati di recente da note riviste scientifiche. Giovano alla società che dall'outing trae insegnamenti e stimoli alla prevenzione.

Sempre più spesso figure pubbliche decidono di uscire allo scoperto. L'attore Michael Douglas, lo scrittore Christopher Hitchens e, ultimo della serie, Robert Benmosche, numero uno di Aig, il colosso assicurativo, che pochi giorni fa ha annunciato ai suoi dipendenti: «Ho un cancro, dovrò affrontare cure aggressive». Non ha temuto, il manager americano, che gli avversari avrebbero potuto trarre vantaggio dalla sua debolezza.

Il premio che sabato l'Aiom consegnerà a Porrà è in un certo senso un riconoscimento a tutti quelli che hanno deciso di vivere la malattia in questo modo, senza finzioni e pudori. È come se gli oncologi riuniti in congresso a Roma intendessero prescrivere ai pazienti una nuova ricetta. Non abbiate paura di parlare. Anche l'outing può essere una cura.

**Margherita De Bac**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Équipe guidata da Ugo Boggi Chirurgia robotica Ecco i pionieri

**PISA.** A dirigere il gruppo dei pionieri della chirurgia robotica a Pisa è il prof. Ugo Boggi, 45 anni, di Carrara, che detiene un record mondiale difficilmente battibile: ha effettuato il suo primo trapianto (quello del rene) a soli 27 anni. Boggi, che è professore associato

**Intervento mininvasivo,  
senza dolore, senza  
operazioni cruento**

di chirurgia generale all'Università di Pisa, dirige l'unità operativa di Chirurgia generale trapiantiniell'u-

remico e nel diabetico nell'Aoup pisana.

L'esperienza operatoria del prof. Boggi consta di oltre 4mila interventi eseguiti come primo operatore e copre tutti i campi della chirurgia generale tradizionale e di quella mini-invasiva. In particolare è specializzato nel trattamento di casi oncologici complessi di vari organi addominali ed extra-addominali.

Avendo eseguito come primo operatore oltre 500 pancreasectomie, è uno dei chirurghi italiani di maggiore esperienza nel trattamento dei tumori del pancreas.

Il suo primo trapianto di pancreas robotico — che poi è il primo al mondo —, segue a breve intervallo quello di rene intreramente robotico, primo in Europa. Una chirurgia altrettanto mininvasiva, senza dolore, senza operazioni cruento.

L'intervento era stato eseguito sempre con il robot Da Vinci di ultima generazione: il rene era stato donato da una madre di 56 anni alla figlia di 37, affetta da insufficienza renale cronica soggetta alla dialisi per tre volte alla settimana.

Tornando al primo trapianto di pancreas robotico al mondo eseguito dal prof. Boggi, è stato eseguito il 27 settembre scorso e la paziente è stata dimessa il 30 ottobre dopo

un decorso post operatorio del tutto regolare.

Il trapianto tradizionale di pancreas era considerato come il prototipo della maxi invasività chirurgica per la peculiarità dell'organo e per la fragilità dei pazienti diabetici che nel 50% dei casi sviluppavano complicanze post operatorie. Grazie alla tecnica robotica mini invasiva, eseguita con il robot «da Vinci Shdi», è possibile procedere al trapianto praticando tre piccoli fori ed una incisione di soli 7 centimetri.

In questo primo trapianto di pancreas robotico al mondo, sono stati coinvolti decine di medici e di infermieri. In particolare, tra i chirurghi, i dottori Stefano Signori, Fabio Vistoli, Chiara Croce, Mario Belluomini, Fabio Caniglia e Sonia Meli. Inoltre gli anestesisti: Fabio Guarracino, Gabriella Amorese e Giovanni Consani. Infine gli infermieri professionali: Antonio Carlini, Marilise Ibba, Valeria Martelli, Massimiliano Marchetti, Francesco Antoni, Federica Ambrosini, Antonietta Trotta, Letizia Cecconi, Patrizia di Vecchio, Iginio Gronchi.

**M.B.**



Il prof. Ugo Boggi durante l'illustrazione