

Rassegna del 21/07/2010

SOLE 24 ORE SANITA' - Pillola abortiva: arrivano i paletti del ministero, ma l'Emilia si sfilta 1
- Ru 486, i paletti del ministero - Bartoloni Marzio

Pillola abortiva: arrivano i paletti del ministero, ma l'Emilia si sfilava

Il ministero della Salute invia alle Regioni le linee guida sulla pillola abortiva. Tra i paletti: la necessità del ricovero ordinario. Segnalato anche il rischio di doppio rimborso in caso di dimissioni anticipate delle pazienti. Intanto l'Emilia Romagna conferma: sì al day hospital. (Servizi a pag. 4)

Inviata alle Regioni le linee guida sulla pillola abortiva - L'Emilia resiste: sì al day hospital

Ru 486, i paletti del ministero

In caso di dimissioni anticipate si rischia di pagare due volte il Drg

Arrivano le attese linee guida sulla pillola abortiva. Ma anche la prima sfida al ministero: quella dell'Emilia Romagna che ha confermato di voler consentire la possibilità per le pazienti di scegliere il day hospital invece del ricovero ordinario (per tre giorni) "suggerito" dalle indicazioni ufficiali della Salute.

Le linee guida appena inviate alle Regioni tra l'altro «sconsigliano fortemente» le dimissioni anticipate a cui già diverse donne stanno ricorrendo da quando in Italia è arrivata la famigerata Ru 486. Una pratica, questa, non solo «pericolosa per la donna», ma anche - secondo il ministero - «irregolare» dal punto di vista amministrativo perché apre più di un problema per i rimborsi. Le linee guida segnalano infatti il rischio che le Regioni debbano pagare due volte il Drg dell'aborto. Il documento giudica, poi, «sconsigliabile» la Ru 486 per le minorenni. Che vanno in ogni caso escluse se non hanno almeno «il consenso dei genitori».

«Queste linee guida - ha spiegato il sottosegretario alla Salute, **Eugenia Roccella** - non sono strettamente vincolanti per le Regioni» che nell'organizzazione dei servizi sanitari si possono muovere autonomamente. Ma suonano come un "monito" stringente per Asl e ospedali visto che si basano sul «parere legislativo inviato dal ministro Sacconi alla Commissione Ue». Un parere che ribadisce, in base alla legge 194, la «necessità che l'aborto avvenga necessariamente in ospedale». Inoltre, - ricorda ancora la Roccella - ben tre pareri «autorevoli» del Consiglio superiore di Sanità hanno puntato il dito contro i rischi dell'aborto con la pillola, uguali all'intervento chirurgico, «solo se tutta la procedura avviene in ospedale».

«Le dimissioni volontarie sono una rinuncia al trattamento - ha spiegato il sottosegretario - dal punto di vista

amministrativo se si torna a casa dopo la prima pillola è come se la gravidanza fosse in atto, e non si sa con quale Drg poi si possa venire riammessi». In particolare il sistema di rimborso della prestazione sanitaria con Drg prevede una sola prestazione - l'aborto -, ma quando si assume la pillola e si firmano le dimissioni dall'ospedale, la gravidanza è ancora in atto. «Esiste un solo Drg per l'aborto, non per un mezzo aborto - sintetizza Roccella -. Se non si rientra nelle raccomandazioni del ricovero ordinario, nell'ambito della legge 194, ci sono irregolarità attualmente non risolvibili. C'è anche il rischio che le Regioni debbano pagare due volte il Drg per l'aborto. Un problema che potrebbe essere sollevato in futuro dalla

Corte dei conti ma anche a livello giudiziario». Le linee guida prescrivono, infine, che la pillola abortiva possa essere usata entro i 49 giorni di gestazione. E che la paziente debba firmare un consenso informato che contenga la disponibilità al ricovero ordinario fino alla fine della procedura e a effettuare il controllo entro 14-21 giorni dalla dimissione. Per

le donne straniere si deve, inoltre, accertare l'avvenuta comprensione linguistica dell'intera procedura.

Nonostante le precise indicazioni del ministero l'Emilia Romagna non ha però cambiato idea: «Il nostro orientamento è quello che abbiamo ribadito con una nota alle aziende sanitarie il 15 aprile scorso - spiega il nuovo assessore **Carlo Lusenti** - nella nostra Regione la pillola viene somministrata in ospedale, in regime di day hospital o in regime di ricovero ordinario su richiesta della donna o del medico».

«Serve il ricovero per tre giorni»

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rassegna del 21/07/2010

ELLE - Un figlio on demand - Truncellitto Mariateresa	1
SILHOUETTE DONNA - Travel sex - Merico Chiara	4
REPUBBLICA FIRENZE - Ru486, il governo attacca la Toscana: "Fuorilegge in regime di day hospital" - Bocci Michele	6
REPUBBLICA FIRENZE - Contro - "Senza il ricovero ordinario a rischoi anche l'uso della pillola" - mi.bo.	7
REPUBBLICA FIRENZE - A favore - "Professionisti indipendenti, il nostro parere è più sereno" - mi.bo.	8

UN FIGLIO *on demand*

C'è chi, in America, vorrebbe farne una sindrome: il *gender disappointment*, la delusione per il genere che non è quello dei sogni. E non sono solo le assicurazioni. Ci sono vari blog dove le donne confessano l'inconfessabile («Ero arrivata a pensare di interrompere la gravidanza...»), che elargiscono consigli sui metodi infallibili per influenzare il sesso prima o durante il concepimento e condividono in Rete le foto della piccola Betty che avrebbe dovuto essere un piccolo John. Il *gender disappointment* non ha ancora la dignità di una malattia psichiatrica ufficiale, però ci sono già libri sull'argomento.

«Solo perché non c'è ancora una diagnosi, non significa che non esista», puntualizza Kate Hogeland, trentenne hairstylist intervistata da *Elle* America. «Quanti anni ci sono voluti prima che i dottori prendessero sul serio la sindrome premestruale o la sterilità di coppia? Io ero disperata quando mi dissero che avrei avuto un secondo maschio. Al lavoro dovevo chiudermi in bagno per le crisi di pianto e nel tempo libero andavo da Wall-Mart a passare in rassegna stand di vestitini rosa. Decisi che il terzo sarebbe stato femmina a qualsiasi costo. Perciò con mio marito, anche se non avevamo alcun problema di fertilità, ho fatto un mutuo per la fecondazione assistita. È nata Aine. E ora vorrei darle una sorellina».

La brochure del Fertility Institutes di Encino, California, parla di «Un mondo dove il genere non è più una questione di fortuna». Jeffrey Steinberg, uno dei pionieri della ricerca nel campo delle malattie genetiche, che talvolta colpiscono solo embrioni di un determinato sesso, propende per la sindrome e permette ai pazienti che si rivolgono a lui di esprimere una preferenza: «Il *gender disappointment*, diversamente dalla maggior parte delle sindromi ossessive, si può curare. I miei pazienti escono dalla clinica con la loro bimba o il loro bimbo, e sono genitori pienamente felici». Il metodo Ericsson si basa sulla teoria che gli spermatozoi portatori del cromosoma Y (maschio) siano più veloci dei portatori del cromosoma X (femmina): i prescelti diventano un superconcentrato per l'inseminazione artificiale. È ancora in fase di studi clinici, ma già utilizzato, anche il metodo MicroSort, basato invece sulla fluorescenza per analizzare il Dna degli spermatozoi e il cromosoma sessuale di cui sono portatori. Anche se non sempre le cose vanno per il verso giusto - secondo i dati delle stesse cliniche che usano questi metodi la probabilità di azzeccare la scelta è del 93 per cento - molti altri centri americani applicano tecniche analoghe e medesimi principi, anche se magari con meno enfasi sul benessere mentale degli aspiranti genitori.

A RICHIESTA, FIOCCO ROSA O AZZURRO?

Da noi non si può. La legge 40 vieta qualsiasi tipo di selezione. «Però capita che qualche coppia, con o senza problemi di fertilità, chieda di poter "comprare" anche il sesso dell'embrione», racconta Alessandra Vucetich, ginecologa ed esperta di tecnologie riproduttive in un centro milanese. «Perché hanno già uno o più figli e ne desiderano un altro di sesso diverso. Le questioni patrimoniali spingono ancora la preferenza per un maschio, come nel caso di una coppia araba che aveva già tre femmine e doveva "assolutamente" avere un erede. In queste situazioni posso spiegare solo che la legge italiana non lo permette».

Diverso è il caso di coppie portatrici di una malattia genetica, quando il medico italiano può suggerire i Paesi dove la legge consente il sexing. «In Spagna è ammesso solo in caso di particolari patologie, come l'emofilia o alcune malattie neurologiche, per le quali le femmine sono portatrici sane e i maschi malati», continua Vucetich. «Ma in generale, anche le legislazioni più liberali permettono solo la diagnosi preimpianto, per individuare gli embrioni sani indipendentemente dal sesso».

Il *gender disappointment* esiste anche da noi. Racconta Rossella Nappi, ginecologa ed endocrinologa della Fondazione Maugeri di Pavia: «Anche se l'ecografia oggi permette alle donne di "conoscere" il loro figlio già durante la gravidanza, il bambino immaginato diventa reale soltanto alla nascita. Ed è possibile che quando sia di un altro sesso rispetto a quello desiderato provochi uno scossone psicologico». Per altro, la regola del «basta che sia sano» è senz'altro vera per la madre, per il padre un po' meno: «Gli uomini spesso desiderano ancora un maschio», conferma la ginecologa. «E le donne, a volte, vivono di riflesso il disappunto del partner e lo fanno proprio. Ma quasi sempre, più che in un "rifiuto" del sesso del bambino, si traduce nel senso di colpa per non essere state capaci di accontentare qualcun altro: il partner, i nonni, la zia... In genere, però, è un disagio momentaneo, che si supera».

SPERIAMO CHE SIA FEMMINA

Negli Stati Uniti il trend attuale sembra vedere vincenti le femminucce. Il 71 per cento delle coppie che usa MicroSort vorrebbe una figlia. Probabilmente le donne vedono per le figlie un futuro più brillante rispetto a quello che prevedono per i figli: inferiori nei risultati scolastici, in crisi di identità e a rischio di diventare il «secondo sesso» di domani. Oggi le ragazze possono fare tutto quello che fanno i maschi, nello sport e nel lavoro. E, in più, puoi comprare loro un sacco di vestitini... Altra ipotesi: secondo la psichiatra Kathleen Rein di New York,



Maschietto o femminuccia? "Basta che sia sano", è la risposta classica. Ma anche sincera? Una preferenza, in fondo, l'abbiamo tutte. Alcune fino all'ossessione. E la medicina procreativa in qualche modo la nutre

di MARIATERESA TRUNCELLITO

specialista in depressione post partum, «oggi le madri e le famiglie americane sono molto più sole che nel passato. Perciò vogliono una figlia per avere almeno un legame femminile, avendo perso quello con la loro madre, la nonna o le sorelle».

Che fine ha fatto allora l'amore materno incondizionato, quello che fa dell'"ogni scarrafone" un irripetibile capolavoro? Spiega Livia Cavadini, psicologa e psicoterapeuta a Milano: «Durante la gravidanza, nel cammino per diventare genitori, mamma e papà sono influenzati dal bambino ideale e dal bambino fantasmatico. Il primo è quello immaginato fin dall'infanzia: giocherà a tennis,

mi seguirà allo stadio, diventerà una maestra e così via. Il bambino fantasmatico è, invece, il risultato di fantasie più inconsapevoli, che riguardano il proprio vissuto, quindi intessute dalle esperienze, dal rapporto con i propri genitori e la famiglia. Tutti tendiamo a replicare il nostro modello familiare di riferimento: così, per esempio, c'è la donna che preferirebbe una femmina perché era la cocca di papà e, viceversa, chi è cresciuto osservando i privilegi dei fratellini, magari desidera un maschietto, perché pensa che la sua vita potrebbe essere più facile».

elle inchiesta

È d'accordo Anna Salvo, docente di psicologia dinamica all'Università della Calabria: «Il sesso è un aspetto molto forte dell'immaginazione e della cultura: si dice ancora "Auguri e figli maschi" o "Speriamo che sia femmina". Il filosofo Jacques Lacan sosteneva che un figlio nasce sempre prima nel desiderio della madre, e ogni bambino deve fare i conti con questa immagine che gli preesiste e che, ovviamente, non gli assomiglia. Allo stesso modo, ogni madre - anche senza arrivare alla "delusione" - al momento della nascita deve fare un lavoro psichico profondo per accettare il suo bambino reale».

Qualunque sia il motivo per il quale si preferisce un fiocco rosa o azzurro, le aspettative sono alte. Anche per un bisogno di controllo: chi ha rimandato la maternità verso i 40 anni ed è abituata ad avere sempre le idee chiare su ciò che vuole dalla vita e a perseguire gli obiettivi con tenacia e determinazione, fatica ad accettare un elemento di imponderabilità assoluta. «Il concetto di performance tocca anche la sfera degli affetti», conferma Salvo. «Il figlio deve essere perfetto, meraviglioso». I progressi della medicina ci hanno illuso di poter controllare tutto: se possiamo decidere "quando" avere un figlio, perché non poter anche scegliere "come" averlo? «Ma nulla come la gravidanza», avverte la psicoterapeuta, «ci mostra la non governabilità del nostro corpo, che invece si impone con fantasmi, regole, misteri e difetti fino a quel momento sconosciuti».

A NOSTRA IMMAGINE E SOMIGLIANZA

Senza contare che il *gender disappointment* può anche andare ben oltre il parto: e se il bambino non ama il calcio ma il pianoforte? O la bimba vuole diventare estetista, non fisica nucleare? Dice Anna Salvo: «L'idea, falsa, di poter controllare tutto - e quindi, dopo il sesso, scegliere magari anche il colore dei capelli di babbo e quello degli occhi di mamma - è pericolosa non solo in sé, ma anche perché ci rende sempre più deboli. La vita non è una passeggiata in un prato fiorito, ma le esperienze negative, le delusioni, la presa d'atto delle realtà rinforzano i nostri strumenti per affrontare la frustrazione e ci permettono di crescere. E invece viviamo in un mondo pieno di continue promesse di felicità: se voglio, posso. Così, quando le promesse non vengono mantenute, il rischio depressione - e non solo

*In America
il sexing, la scelta
del sesso, è l'ultimo
atout dei centri
di procreazione
assistita*

VINCE SEMPRE IL CASO

Secondo alcuni l'alimentazione avrebbe un ruolo: cibi ricchi di sodio e potassio per un bimbo (pane, riso, carne, piselli, patate, agrumi, banane e pesche), cibi ricchi di calcio e magnesio per una bimba (latticini, cavolo, tuorlo d'uovo, melone, anguria e fragole). Anche le posizioni: una penetrazione profonda favorirebbe i veloci spermatozoi Y, che percorrono un tratto più breve per raggiungere l'ovulo ed evitano il tratto iniziale della vagina particolarmente acido.

«Gli studi non hanno trovato alcuna differenza in merito al momento del concepimento», commenta la ginecologa Alessandra Vucetich. «Tanto che l'argomento non è mai nemmeno affrontato nei meeting internazionali che radunano i più grandi esperti di riproduzione del mondo». Il sesso del bambino potrebbe essere determinato solo attraverso le tecniche moderne di riproduzione assistita, scegliendo lo spermatozoo prima del concepimento (ma c'è un margine d'errore del 20 per cento) o fecondando più embrioni in vitro, per poi prelevare cellule con una sonda genetica e analizzarne i cromosomi (e il margine d'errore è praticamente nullo). «Ma in Italia la legge lo vieta», conclude Alessandra Vucetich.

post partum - è dietro l'angolo».

E al figlio di una madre insoddisfatta del risultato, cosa succede? Risponde Livia Cavadini: «Nell'attaccamento madre-figlio resta un conto in sospeso: il bambino non si sente accettato fino in fondo, bensì di essere - per qualche ragione che gli sfugge - "una delusione". E allora è possibile che cerchi di adattarsi come può alle richieste dei genitori, rinnegando a poco a poco i suoi bisogni e i suoi desideri per ottenere un riconoscimento. Ma, all'opposto, può anche accadere che metta in atto comportamenti distruttivi e ribelli nel disperato tentativo di svincolarsi dalle proiezioni di mamma e papà».

Per fortuna, il *gender disappointment* può essere affrontato. «Concentrandosi sul bambino reale, focalizzandosi sulle sue qualità», spiega la psicologa. «Bisogna essere disponibili a conoscere un figlio per quello che è, mettendo da parte le proprie proiezioni. Entrare in contatto con lui significa poter scoprire tante cose e ricevere tante emozioni, capaci di compensare la delusione delle aspettative. Un figlio non è un "risultato" o un "prodotto", ma un essere umano con il quale confrontarsi e arricchirsi reciprocamente». Può essere d'aiuto anche frequentare un gruppo di neomamme. «C'è una scena illuminante in *Sex and the City 2*», suggerisce Livia Cavadini. «Quando Charlotte, con l'aiuto di un Martini cocktail e dell'amica Miranda, anche lei mamma, confessa di chiudere le figlie urlanti da sole in camera e di aspettare che smettano perché non ce la fa ad affrontarle. Condividere il senso di colpa e le esperienze, anche quelle più negative, permette di comprenderle e disinnescarle. Magari con una risata».

Mariateresa Truncellito 

BENESSERE

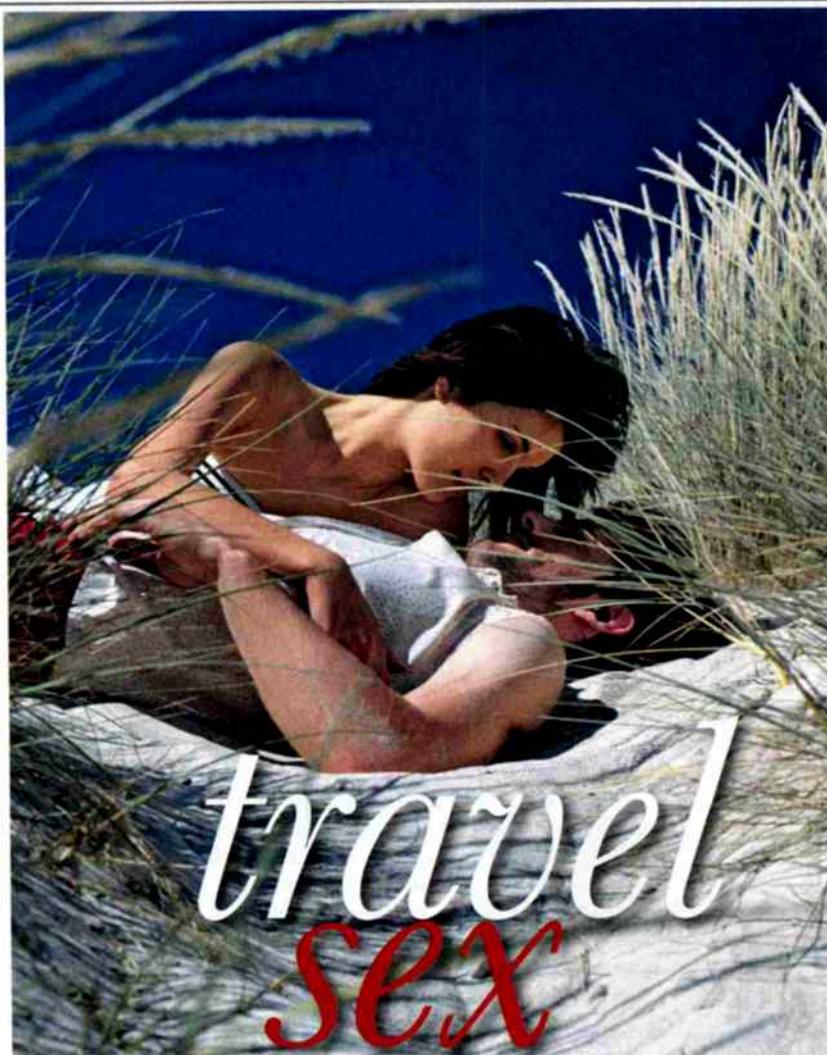
Come trascorrere una vacanza trasgressiva ma sicura. Al riparo da gravidanze indesiderate e malattie a trasmissione sessuale

Nuovi incontri, avventure di una sera, amori fugaci: la vacanza è spesso galeotta, soprattutto per i più giovani. Ai quali però, nella stragrande maggioranza dei casi mancano informazioni corrette sulla sessualità e su come viverla in maniera consapevole. Le conseguenze possono essere molto spiacevoli. Il ginecologo Giorgio Vittori, presidente della Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) parla chiaro: «I ragazzi nella fascia di età tra i 16 e i 24 anni sono esposti a gravi rischi. Un nuovo studio del Policlinico di Milano ha appena lanciato l'allarme sulla diffusione delle malattie veneree tra i teenager. Tornano in auge parole che si credevano scomparse, come sifilide e gonorrea, senza contare l'Aids, la seconda infezione più diffusa tra gli under 24».

Stop ai rischi inutili

A determinare questo ritorno di malattie che credevamo dimenticate, come conferma Vittori, sono i comportamenti a rischio: il 37% dei ragazzi non prende precauzioni la "prima volta", e il 45% non si protegge nemmeno durante i rapporti successivi. Abitudini che determinano anche un alto numero di gravidanze indesiderate: «In media – calcola lo specialista – ogni anno 10mila ragazze restano incinte in età adolescenziale».

I più giovani, anche se appaiono smaliziati e disinibiti, spesso conoscono poco il proprio corpo



INFORMATE E CONSAPEVOLI

L'estate è il periodo più pericoloso, proprio per le occasioni che offre. Per contribuire a diffondere la cultura della prevenzione da alcuni anni la Società italiana di ginecologia e ostetricia, con il patrocinio dei ministeri di Pari Opportunità e Gioventù e del Coni ha avviato il progetto "Scegli tu", un'ampia campagna informativa che presenta anche una dettagliata guida

al sesso sicuro in vacanza, *TravelSex* (Giunti Editore, 5,90 euro), dedicata ai giovanissimi. L'obiettivo principale del progetto è prevenire le malattie sessualmente trasmesse e le cosiddette "gravidanze da spiaggia" che insorgono innanzitutto perché non si conoscono bene i meccanismi della sessualità e si hanno le idee confuse sugli strumenti contraccettivi, ma anche per superficialità, perché in un luogo di vacanza sconosciuto non si sa all'ultimo minuto dove acquistare i profilattici o a chi rivolgersi per risolvere un dubbio.

CONSIGLI SEMPLICI

Qualunque sia la meta delle vacanze, per proteggersi dalle malattie e dalle gravidanze indesiderate restano sempre validi alcuni semplici accorgimenti. Usare il profilattico: è l'unico mezzo che consente anche di evitare ogni rischio di contagio, dalla più banale infezione all'Aids; tra l'altro, costa poco e si trova ovunque. Il consiglio è acquistarne sempre una confezione prima di partire e conservarla in un luogo fresco e al riparo da oggetti taglienti. Chi utilizza già un metodo contraccettivo, come ad esempio la pillola, deve assicurarsi di averne con sé il quantitativo adeguato



al periodo di vacanza. E comunque bisogna sottolineare che la pillola è molto efficace per evitare gravidanze indesiderate ma non difende dalle malattie a trasmissione sessuale. Verificare di avere sempre con sé i documenti e la tessera sanitaria. Se ci si ferma all'estero per un periodo lungo, è utile procurarsi anche il modello che permette di usufruire dell'assistenza sanitaria negli altri paesi europei. Basta informarsi presso il proprio medico di famiglia o la ASL. Una volta in vacanza, oltre ad utilizzare le protezioni adeguate ricordare che con l'aumento delle temperature è fondamentale osservare una scrupolosa igiene intima e cambiarsi spesso il costume: alcune infezioni, come la candidosi, sono favorite dal contatto prolungato fra la pelle e il costume bagnato.

in Italia e non solo

Ma cosa fare in caso di emergenza? E soprattutto, dove andare? La guida *TravelSex* pubblica i numeri di telefono e gli orari di apertura dei consultori familiari più vicini alle località di villeggiatura italiane.

E, per chi sceglie la vacanza esotica, offre la traduzione nelle varie lingue di frasi "scacciaguai", informa sulle politiche contraccettive dei diversi Paesi: dove acquistare pillola e altri tipi di contraccettivo, con o senza ricetta, a chi rivolgersi se si ha bisogno della pillola del giorno dopo, dove trovare un ginecologo...

Queste "dritte" possono aiutare, ma non risolvono il problema. «Sono piccoli sassi lanciati in uno stagno - chiosa il professor Vittori - ma la strategia complessiva di prevenzione non può prescindere dalla famiglia. I genitori devono essere i primi a parlare con i figli. Perché spesso tra gli adolescenti il punto di riferimento è il "branco": se i suoi membri sono informati, bene, altrimenti sono guai».

Chiara Merico



Alla scoperta delle abitudini europee



ITALIA

Per risolvere dubbi e chiedere il consiglio di uno specialista segnaliamo il numero verde della contraccezione 800.555323: è attivo tutti i giorni feriali dalle ore 14 alle ore 17.

SPAGNA



Nel Paese della movida i preservativi si acquistano senza difficoltà ed è diffuso anche il preservativo femminile. La pillola del giorno si compra in farmacia senza ricetta, anche se si è minorenni.



GRECIA

In Grecia persistono molti pregiudizi sulla contraccezione. Il consiglio è preoccuparsene in prima persona. Anche qui la pillola del giorno dopo viene venduta senza ricetta medica.

FRANCIA



La contraccezione è molto diffusa fra ragazzi e ragazze. Il 40% delle donne usa la pillola, è disponibile il preservativo femminile, la pillola del giorno dopo si acquista senza ricetta.



GERMANIA

È stato il primo Paese ad adottare la pillola che è molto diffusa. Solo 1 ragazzo su 4 ammette di non usare il profilattico. Per la pillola del giorno dopo occorre la prescrizione del medico.

GRAN BRETAGNA



Non aspettarsi troppo da un partner britannico: il 52% dei ragazzi dichiara di aver avuto rapporti non protetti. Il numero di gravidanze fra adolescenti è il più alto d'Europa. La pillola del giorno dopo si acquista senza ricetta.

Ru486, il governo attacca la Toscana

“Fuorilegge in regime di day hospital”

MICHELE BOCCI

«LA Toscana viola la legge, disattende tre pareri del Consiglio superiore di sanità. Così mette a rischio la possibilità di usare la Ru486 nel nostro paese». Il sottosegretario del ministero alla salute Eugenia Roccella, da sempre impegnata in una battaglia contro la pillola abortiva, reagisce in modo fermo alla decisione del Consiglio sanitario regionale di somministrare il farmaco più discusso della storia del nostro paese in regime di day hospital.

L'organo tecnico regionale ha deciso il 6 di luglio, cioè negli stessi giorni in cui sono arrivate linee guida ministeriali che indicano il ricovero ordinario. Anche il Comitato di bioetica toscano ha preso posizione perché venga data alla donna la possibilità di tornare a casa dopo la somministrazione della Ru486 per ritornare in ospedale quando avviene l'espulsione.

La Toscana è stata la prima regione a introdurre la pillola abortiva, acquistandola dall'estero. Sono state solo un paio di strutture, soprattutto Pontedera e poi Siena, a somministrarla finché non è entrata nel prontuario farmaceutico. Da allora gli ordini sono arrivati da tutte le Asl. A parte qualche eccezione, il sistema sta iniziando

a mettersi a regime. Le aziende dell'area di Firenze e di Pisa ne hanno consumate rispettivamente circa 90 e 140. Careggi, che fino all'approvazione dell'Aifa non aveva mai usato la Ru486, ha già fatto una ventina di interruzioni di gravidanza farmaceutiche. Si continuano ovviamente ad usare molte pillole nella Asl di Pisa (non solo a Pontedera ma anche a Volterra, dove si è spostato il ginecologo Massimo Srebot) ma per ora, nella stessa area, non ne hanno ordinate neanche una le ginecologie dell'azienda sanitaria di Massa Carrara.

Ferma la reazione del ministero: “Sono stati disattesi tre pareri del Consiglio superiore di sanità”

Nelle aziende dell'area di Firenze e Pisa ne sono state usate 90 e 140, a Careggi circa 20 le interruzioni farmaceutiche



Contro

Eugenia Roccella, sottosegretario del dicastero per la salute

“Senza il ricovero ordinario a rischio anche l’uso della pillola”



Il sottosegretario Eugenia Roccella

«ABBIAMO dato alle Regioni una griglia precisa a cui fare riferimento. Quando tireremo le somme sul primo anno di Ru486 vedremo chi l’ha rispettata. Mi sembra normale che prevalga sulle loro decisioni». La sottosegretaria Roccella è stupita della decisione dei tecnici toscani. «La somministrazione in regime di ricovero ordinario è stata prima di tutto prevista dall’allora ministro alla salute Sacconi, nel parere legislativo mandato alla Commissione europea dopo che il farmaco, in base al mutuo riconoscimento, è stato approvato in Italia. Inoltre abbiamo il parere della commissione parlamentare che si è occupata della pillola e infine ben 3 pronunciamenti del Consiglio superiore di sanità. Faccio notare che i membri nelle tre occasioni erano diversi, e a nominarli sono stati tre ministri diversi, di governi di centrodestra e di centrosinistra. Ecco, perché un Comitato locale dovrebbe avere più

esperienza e autorevolezza del Consiglio superiore?». Roccella dice di non voler fare azioni repressive nei confronti della Toscana. «Non avvieremo ispezioni o altro. Il problema è che visto che il mutuo riconoscimento si basa anche sul ricovero ordinario, se salta questo può venire a mancare la possibilità di usare la pillola. Del resto secondo me, il day hospital va contro la stessa legge 194».

Roccella dice di voler aspettare i dati che dovranno inviare le Regioni. «Capiremo se le donne sono seguite davvero, se quelle che tornano a casa, magari perché firmano o, in certe realtà come la Toscana, per il day hospital, vengono seguite adeguatamente. Dobbiamo evitare che venga introdotto l’aborto a domicilio. Oltretutto la Ru486 non è un sistema meno pericoloso, lo hanno detto i nostri esperti».

(mi.bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A favore

Antonio Panti, vicepresidente del Consiglio sanitario regionale

“Professionisti indipendenti il nostro parere è più sereno”



Antonio Panti,
Ordine dei medici

«NON ci può essere un atto di valore legislativo che vieti il day hospital. A meno che il parlamento non voglia disporre il trattamento sanitario obbligatorio, tso, per chi assume la pillola. Cosa del tutto improbabile». Antonio Panti, vicepresidente del Consiglio sanitario regionale, è tra i medici che hanno scritto il codice deontologico della categoria. «Il Consiglio superiore di sanità più autorevole di noi? Può darsi, mal' autorevolezza scientifica non si misura in questo modo, non segue le regole delle strutture democratiche. Sennò un ipotetico organo dell'Onu sarebbe il più importante del mondo. Noi siamo una commissione indipendente, abbiamo chiamato a discutere di Ru486 i ginecologi toscani. Le commissioni ministeriali di solito sono composte da membri nominati appunto dal ministro. Sono portato a valutare con più serenità un parere come il nostro, dato da professionisti indipendenti». Il

medico è sicuro della scelta fatta in Toscana. «Alla distanza vedremo chi ha ragione. Non ci dimentichiamo che in tutte le altre Regioni le pazienti firmano e tornano a casa. Noi invece abbiamo avuto il coraggio di prevedere il regime di day hospital. Se alla distanza i problemi sanitari fossero maggiori da noi rispetto a dove c'è un ricovero ordinario vero, avrebbe ragione il sottosegretario. Ma non credo». Roccella parla di rischio di domiciliolarizzazione dell'aborto. «Non con il day hospital, che è comunque un ricovero - ribatte Panti - Da noi non è come in Francia, dove il farmaco viene venduto in farmacia. Comunque sono d'accordo con Roccella per quanto riguarda i dati: vedremo tra un po' di tempo se corrispondono a quelli molto tranquillizzanti delle altre nazioni che fanno il day hospital, facilmente consultabili su internet.

(mi.bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rassegna del 21/07/2010

OGGI - Ma è vero che "la prima volta" degli adolescenti arriva prima? - Graziottin
Alessandra

1

Ma è vero che "la prima volta" degli adolescenti arriva prima?



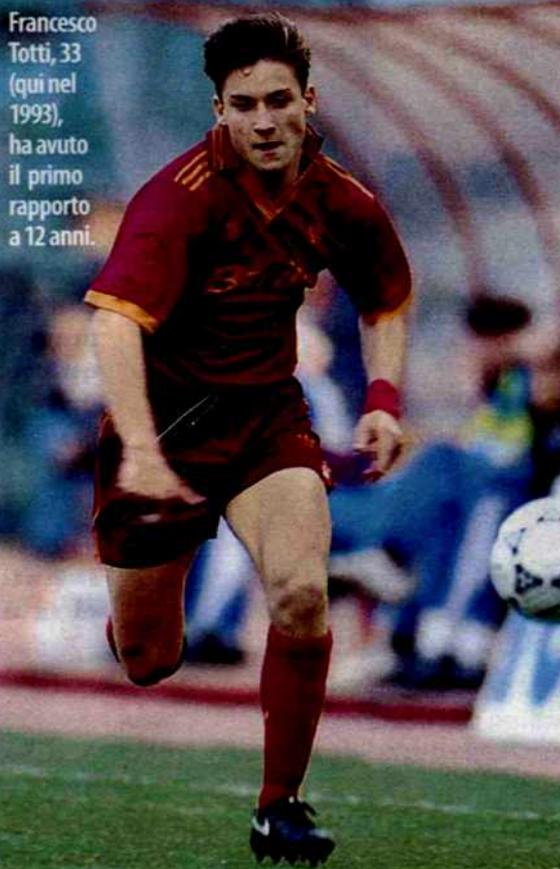
RISPONDE
Alessandra
Graziottin,
 direttore Centro
 ginecologia San
 Raffaele Resnati

Le statistiche indicano che l'età media del primo rapporto si è stabilizzata tra i 16 e i 16 anni e mezzo. Il debutto di Totti a 12 anni rappresenta quindi un'eccezione, che è meritevole però di qualche osservazione. In un quadro di sostanziale stabilità, l'osservatorio di ginecologia e ostetricia www.sceglitu.it segnala una frangia di circa il 16 per cento che ha portato l'età del primo rapporto al di sotto

dei 14 anni. L'analisi dei singoli casi ha permesso di isolare una serie di fattori che espongono l'adolescente al rischio di rapporti precoci. L'andare male a scuola è uno dei più importanti. Non investire energie nello studio spesso provoca l'adesione a modelli trasgressivi, se non sono bravo a scuola allora divento bullo e sviluppo un'identità che si manifesta nella tendenza a fumare, a sviluppare rapporti con la famiglia poco attenti e affettuosi e al riconoscimento di leadership negative. Si tende a copiare quel che si vede e diventa determi-

nante l'influenza dei media. Il *Journal of adolescence health* ha dimostrato che esiste una relazione lineare tra il numero di ore passate davanti alla televisione e la probabilità di avere rapporti precoci. E la conferma è venuta di recente da uno studio condotto negli Stati Uniti su ragazzini tra i 12 e i 17 anni. Interrogati dopo il primo rapporto, il 61 per cento delle femmine e il 34 per cento dei maschi hanno risposto «It's better on tv!» è meglio in televisione. Poveri ragazzi. Guardando un reality o un telefilm si erano creati chissà quali

aspettative. E invece per inesperienza, mancanza di innamoramento, assenza di conoscenza affettiva e fisica, non riescono a valorizzare gli aspetti costruttivi dell'esperienza sessuale e si ritrovano in larga parte delusi. Il problema è che in televisione o al cinema, si rappresentano passioni ed emozioni tralasciando ogni accenno sulla contraccezione e la prevenzione di malattie. E così, chi procede per imitazione, oltre alla delusione finisce per essere più esposto a gravidanze indesiderate o al rischio malattie.



Francesco Totti, 33 (qui nel 1993), ha avuto il primo rapporto a 12 anni.