

Il governo: "L'aborto va garantito" stop all'obiezione di coscienza selvaggia

Lorenzin: "Le Regioni vigilino". E sulle mozioni battaglia alla Camera

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA — Ci sono volute nove mozioni presentate da tutti i gruppi parlamentari, la campagna capillare e sottotraccia di "#save194", le inchieste giornalistiche che negli ultimi mesi hanno raccontato come, di fatto, in Italia l'aborto sia tornato ad essere clandestino, ma finalmente ieri il governo si è mosso. Spezzando un muro di silenzio che durava da anni, mentre decine di reparti di interruzione volontaria di gravidanza venivano chiusi uno dopo l'altro, svuotati da un ricorso in massa di medici, anestesisti e infermieri verso l'obiezione di coscienza. Ieri, seppure con cautela, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, al termine di una lunga giornata di discus-

sione parlamentare, ha accolto e si è impegnata a verificare tutti i temi proposti nelle mozioni dei diversi gruppi politici, da Sel al Pd, dal Pdl al M5S a Scelta Civica, che sull'aborto si è invece spaccata al suo interno. Esattamente come prevede la legge 194 del 1978, il Governo ha annunciato di voler vigilare, attraverso le regioni, «affinché i servizi di interruzione volontaria di gravidanza vengano garantiti», pur nel rispetto del diritto all'obiezione di coscienza. Un diritto che negli ultimi anni però è entrato in pieno conflitto con l'altro diritto, previsto da una legge dello Stato, e cioè la possibilità per le donne di abortire con sicurezza in ospedale.

Soltanto un inizio naturalmente, anche se molti (anzi molte) firmatarie delle mozioni, da Donata Lenzi del Pd, a

Marisa Nicchi e Titti Di Salvo di Sel, fino a Irene Tinagli di Scelta Civica, hanno detto che si tratta di un primo passo, per certi versi straordinario, dopo tanto silenzio. «Si conferma che la 194 è un diritto acquisito». Mentre sono state bocciate in aula quelle mozioni, più restrittive della Lega, di Fratelli d'Italia e di quella parte di Scelta Civica, che spezzandosi in due, aveva firmato il testo di Paola Binetti.

In concreto il neo ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha sottolineato che le mozioni presentate «provenivano da culture diverse e mi è sembrato giusto accoglierle tutte, ma il mio compito sarà quello di vigilare affinché ci sia piena applicazione della legge 194 su tutto il territorio nazionale». Il ministro Lorenzin ha quindi specificato che secondo i dati in suo

possesso, «non è il numero degli obiettori di coscienza a provocare i disagi sulla 194, visto che le regioni già prevedono la mobilità del personale». Dati in contraddizione con la realtà però, anche se è proprio la legge 194 che prevede questi scambi tra ospedali. Purtroppo la mobilità non viene quasi mai garantita, anzi le Asl, quando non hanno più personale disponibile si affidano alle strutture convenzionate, come in Puglia, o assumono medici a contratto, facendo lievitare in modo abnorme i costi della sanità. «Apriro un tavolo con gli assessori regionali per verificare l'efficienza della 194, e affinché non ci siano discriminazioni né per gli obiettori né per i non obiettori, e a fine luglio presenterò la relazione al Parlamento con tutti i dati aggiornati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Si ai documenti
di Sel, Pd, M5S e Pdl
Bocciati i testi
di Binetti, Lega
e Fratelli d'Italia**



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

I medici obiettori

In molte regioni italiane

L'85% dei medici

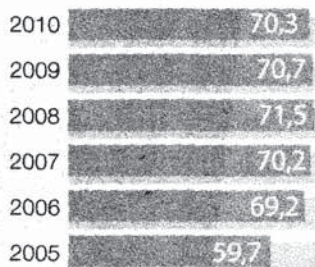
si dichiara obiettore
di coscienza:

in intere province non si
può più abortire
legalmente

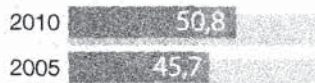
Il boom degli obiettori

Valori in %

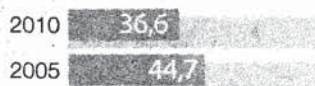
GINECOLOGI



ANESTESISTI



PARAMEDICI



Mercoledì 11 GIUGNO 2013

Fesmed: “Obiezione di coscienza è un diritto del medico”

La FESMED si oppone a ogni tentativo di limitare la libertà del medico di sollevare l'obiezione di coscienza per l'interruzione della gravidanza, prevista dalla Legge 194/1978 e per qualsiasi atto medico che sia in contrasto con le proprie convinzioni etiche e religiose.

Il tentativo di risolvere per via legislativa la progressiva riduzione dei medici non obiettori è sbagliato nel principio e nel metodo. L'impostazione liberticida della proposta di legge in discussione alla Camera dei Deputati, contrasta con la risoluzione del Consiglio d'Europa ed inoltre, non tiene conto delle vere problematiche che portano i medici a sollevare l'obiezione di coscienza per l'interruzione della gravidanza.

Il problema spesso sorge perché i medici non obiettori si ritrovano soli, senza alcun sostegno della direzione aziendale, ogniqualvolta si verifichi una complicanza alle procedure per l'interruzione della gravidanza o vi siano delle proteste, perché sono costretti a contestare delle datazioni della gravidanza chiaramente inverosimili, perché la direzione considera queste procedure come delle pratiche che qualcuno deve sbrigare, senza tenere in alcun conto il carico psicologico che comportano questi interventi. Lo conferma il fatto che queste attività vengono relegate negli orari più scomodi delle sedute operatorie, con il malcelato invito a far presto per liberare la sala.

Ancora una volta si sta perseguendo una logica punitiva per i medici cercando di limitare l'assunzione di specialisti obiettori e di impedire loro di raggiungere le funzioni apicali. Non si tiene in nessuna considerazione che l'azione non dovrebbe essere rivolta contro i medici ma, si dovrebbe far capire ai direttori delle Aziende che il contratto di lavoro mette a loro disposizione diversi strumenti per testimoniare ai medici non obiettori che stanno svolgendo un'attività utile all'azienda. Mi riferisco alla graduazione delle funzioni, agli obiettivi strategici aziendali, agli obiettivi di risultato, per citare alcuni dei provvedimenti che potrebbero essere utilizzati senza dover ricorrere ad iniziative punitive e limitative della libertà etica e morale del professionista.

Dr. Carmine Gigli
Presidente FESMED

Mercoledì 11 GIUGNO 2013

Lorenzin: “Il problema dell’obiezione di coscienza esiste. Governo accoglie le mozioni”

Ecco l'intervento integrale del ministro della Salute durante il dibattito alla Camera sulle mozioni riguardanti l'obiezione di coscienza. Il ministro ha accolto sostanzialmente tutte le mozioni presentate richiedendo poche modifiche. Compresa quella di Sel che prevede che i non obiettori non possano svolgere funzioni apicali nelle strutture di ginecologia e ostetricia dei presidi ospedalieri.

Signor Presidente, ringrazio anche gli onorevoli colleghi per lo sforzo fatto per addivenire ad una serie di mozioni che, nella parte dell'impegno, potessero trovare la più ampia condivisione possibile da parte di questa Aula.

Noi ci troviamo ad affrontare, come è accaduto anche in altre situazioni, un argomento che, per delicatezza e per l'ambito che ricopre, spesso desta e ha destato nel passato, anche in questa Aula, sentimenti, pensieri, concetti, questioni e principi di natura diversa.

Devo dire che nelle mozioni che sono state presentate dai colleghi – nonostante la differenza culturale che esprimevano, soprattutto nella parte del dispositivo, in cui i diversi gruppi parlamentari hanno presentato idee, posizioni ed espressioni culturali a volte anche contrapposte – ho trovato una linea di condivisione comune che si ritrova proprio nella parte esplicitata negli impegni; tutti i gruppi, posso dirlo, hanno lavorato per addivenire ad impegni nei confronti del Governo che io trovo assolutamente condivisibili.

Li trovo tutti condivisibili perché ho ritrovato, nella differenza delle appartenenze culturali, aspetti che ci uniscono e che hanno unito la formulazione degli estensori delle varie mozioni: *in primis*, devo dirlo, la questione che sta a cuore sicuramente a tutti i gruppi parlamentari, ovvero quella di garantire la piena applicazione della legge n. 194 del 1978 che, a 35 anni dalla sua approvazione, ancora oggi nel nostro Paese desta spesso situazioni di criticità o volontà di riforma ma che poi, alla prova dei fatti, si è dimostrata una legge estremamente equilibrata che ha permesso, e i numeri questo ce lo dimostrano, di risolvere l'annosa e drammatica questione degli aborti clandestini nel nostro Paese. La piena applicazione, quindi, della legge n. 194 del 1978 in tutti i suoi aspetti, dall'aspetto che riguarda la tutela della maternità alla formazione dei consultori familiari, all'accompagnamento della donna in un momento così difficile e sofferente per tutte le donne come quello di un'interruzione di gravidanza.

E devo dire che l'aspetto sollevato nella mozione presentata dai colleghi di SEL è un aspetto specifico che riguarda proprio l'obiezione di coscienza. Anche l'obiezione di coscienza è una delle questioni che fanno parte proprio della legge n. 194 del 1978 all'articolo 9, con cui il legislatore ha disciplinato la possibilità per il personale sanitario di esercitare il diritto all'obiezione di coscienza in ordine agli interventi per l'interruzione della gravidanza. Va detto però che, all'interno della stessa legge n. 194 del 1978, il diritto inviolabile e riconosciuto dalla nostra Costituzione di effettuare l'obiezione di coscienza si contempera nella necessità che la legge venga applicata nella parte in cui si permetta all'organizzazione territoriale di compensare, anche prevedendo la mobilità del personale ed altre misure che sono previste dalla norma, e di garantire poi che nelle regioni il servizio sia effettivamente effettuato nei termini e nei modi previsti dalla legge.

Quindi questa questione dell'obiezione di coscienza, che è stata sollevata da alcuni dei gruppi presentatori della mozione, è una questione che sentiamo di dover accogliere, soprattutto nella parte

in cui si invita il Governo e la sottoscritta a monitorare in modo attento – come è previsto da più di una mozione – l'applicazione della norma anche in questo settore, affinché non ci siano effetti di discriminazione rispetto agli operatori obiettori o non obiettori all'interno delle singole strutture regionali. È ovvio che noi abbiamo dovuto ottemperare, poi, anche a quelle che sono le competenze, cioè le competenze di indirizzo che può dare il Parlamento, rispetto alla normativa e all'autonomia regionale. Ma credo che lo spirito di tutti sia stato quello di poter verificare, sui territori e nelle singole strutture sanitarie, che i principi della legge siano effettivamente applicati.

Per questo io ci terrei anche a sottolineare il fatto che dovrò venire in quest'Aula nel mese di luglio a presentare l'annuale relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 e già da adesso mi attiverò perché possa essere istituito – come è previsto da alcune mozioni – un tavolo tecnico degli assessori regionali in modo da poter avere e poter presentare a questo Parlamento lo stato di attuazione della legge nella parte non discriminatoria per quanto riguarda gli obiettori e i non obiettori proprio nelle singole regioni. Quindi, io spero che nella relazione di fine luglio potrò presentare a quest'Aula tutti i dati che sono stati richiesti nel dibattito generale, in modo tale da poter verificare lo stato di attuazione della norma in tutto il territorio nazionale, rendendoci conto che la lettura anche di alcuni dei dati che sono stati presentati in quest'Aula oggi può essere soggetta a una molteplice interpretazione. Noi abbiamo visto nel corso di questi anni, fortunatamente, il numero delle interruzioni di gravidanza volontaria diminuire grazie all'azione di prevenzione e a una maggiore consapevolezza da parte delle persone. E questo è uno degli obiettivi raggiunti dalla norma, che – ricordiamoci – garantisce un servizio pubblico e quindi un servizio gratuito per tutti gli utenti.

Noi abbiamo visto anche che spesso, laddove ci sono stati un aumento o un decremento degli obiettori, questo non sempre ha corrisposto poi con una non sofferenza nell'accesso ai servizi territoriali. Qui entriamo, purtroppo, in quello che è il tema della *governance* dei territori e quindi più attinente al tema delle regioni, ma che sicuramente io non posso non fare mio come Ministro della salute, perché ci ritroviamo nel più ampio complesso di questioni che riguardano la tutela del diritto alla salute nel territorio nazionale e che noi speriamo – come abbiamo già presentato a quest'Aula durante la mia relazione programmatica nella Commissione Affari sociali – di poter affrontare laddove andremo a commisurare il nuovo patto per la salute sulla garanzia dei diritti essenziali, dei livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale.

Questo per dire, quindi, che la delicatezza del lavoro fatto non può essere da me non riconosciuta, soprattutto anche nel rispetto delle diverse sensibilità che ci sono in quest'Aula, e per questo ringrazio tutti i gruppi che hanno cercato di arrivare ad una soluzione che fosse condivisibile, perché dare un segnale unitario nel Paese su questi temi è un fattore importantissimo, dà un segno di unità dello Stato e dei partiti politici, che qui compongono lo Stato e lo rappresentano, su una questione così delicata come quella della tutela della donna e della tutela della maternità e della questione annessa alla legge n. 194, e cioè dell'obiezione di coscienza.

Per quanto riguarda il merito delle mozioni presentate, io accolgo la mozione Migliore ed altri n. [1-00045](#) (*Ulteriore nuova formulazione*), con una modifica ulteriore che avevamo stabilito: al punto 6 degli impegni dopo le parole: «non obiettori;» aggiungere le parole: «anche attraverso una diversa gestione e mobilità del personale garantendo la presenza di un'adeguata rete di servizi in ogni regione».

Per quanto riguarda la mozione del Partito Democratico, l'accolgo con una modifica...

[PRESIDENTE](#). Può dire il numero, cortesemente, Ministro ?

[BEATRICE LORENZIN](#), *Ministro della salute*. È la mozione Speranza-Lenzi...

[PRESIDENTE](#). Può dire il numero ? È la mozione n. [1-00074](#) ?

[BEATRICE LORENZIN](#), *Ministro della salute*. Speranza-Lenzi..., sono molte le mozioni presentate... .

Sempre negli impegni, al quarto capoverso, dopo le parole «quale percorso intraprendere» si aggiunge: «fornendo alle medesime la previa conoscenza delle modalità e dei rischi connessi».

Invece per quanto riguarda la mozione Rondini n. [1-00080](#), presentata dal gruppo della Lega Nord, si accolgono tutti gli impegni con un parere favorevole condizionato ad una riformulazione e cioè al secondo capoverso degli impegni dopo la parola «finalizzati» si aggiunge «a rafforzare il ruolo dei consultori familiari per una piena e corretta applicazione della legge nella parte relativa alla tutela

della maternità» con la soppressione del testo così come segue, cioè da «ad offrire» sino ad «aborto».

Per quanto riguarda, invece, la mozione Lorefice ed altri n. [1-00078](#) (*Nuova formulazione*) proposta dal MoVimento 5 Stelle è accolta senza modifiche.

Invece per quanto riguarda la mozione Tinagli n. [1-00082](#), presentata dal gruppo Scelta Civica, è accolta con la seguente riformulazione: sostituire l'ultimo impegno con il seguente: «ad attivarsi perché l'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica sia proposta come opzione alle donne che entro i limiti di età gestazionale imposti dalla metodica debbano poter scegliere quale percorso intraprendere, fornendo alle medesime la piena conoscenza delle modalità e dei rischi connessi». La mozione Meloni viene accolta purché sia riformulata con la seguente riformulazione al quarto capoverso: «a verificare la possibilità di adottare».

Mi sembra che sia rimasta la mozione del PDL che è accolta senza condizioni e per quanto riguarda la risoluzione dell'onorevole Locatelli è accolta.

[PRESIDENTE](#). C'è anche la mozione Binetti ed altri n. [1-00081](#).

[BEATRICE LORENZIN](#), *Ministro della salute*. Mi sembrava di aver già espresso il parere sulla mozione Binetti ed altri n. [1-00081](#): ho dato parere favorevole.

[PRESIDENTE](#). C'è anche la mozione Formisano ed altri n. [1-00087](#).

[BEATRICE LORENZIN](#), *Ministro della salute*. Ho già espresso il parere su tale mozione.

[PRESIDENTE](#). Non l'ha espresso in realtà, Ministro. Se può ripetere...

[BEATRICE LORENZIN](#), *Ministro della salute*. È accolta.



Gli esperti dell'Iss tracciano un bilancio più che positivo dei 35 anni dell'applicazione della 194

«Aborto, la legge ha funzionato»

Vincente il sostegno alla procreazione consapevole - Che ora è sotto attacco

DI MANUELA PERRONE

Il grande spauracchio agitato dai detrattori della legge 194 era che la legalizzazione avrebbe provocato un aumento degli aborti. Trentacinque anni dopo i dati smentiscono spietatamente quell'assunto: le interruzioni volontarie di gravidanza sono nettamente diminuite. E, rispetto all'abortività stimata prima del 1978, «sono stati evitati 3 milioni e 300mila aborti, di cui un milione clandestini». Una vittoria della «procreazione consapevole».

A tracciare un bilancio più che positivo dell'applicazione della legge, ora insidiata dal dilagare dell'obiezione di coscienza tra medici e operatori, sono **Michele Grandolfo**, epidemiologo e già dirigente di ricerca presso l'Istituto superiore di Sanità, e **Angela Spinelli**, direttrice del reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Iss. Nel rapporto "Epidemiologia dell'aborto e promozione della salute - bilancio di 35 anni di applicazione della legge 194/1978" i due esperti illustrano, numeri alla mano, gli effetti della legalizzazione. E ricordano come il fenomeno dell'aborto vada ricollegato alla questione più generale della promozione della salute e alla filosofia ispiratrice del Ssn, istituito con la legge

Paese	Anno di rilevazione	Tasso per 1.000 donne 15-44 anni
Germania	2010	7,1
Italia	2010	9,9
Francia	2009	17,2
Inghilterra e Galles	2010	17,5
Usa	2008	19,6
Ungheria	2008	21,2
Fed. russa	2009	40,5

Condizione della donna	1981	1991	2009	Var. %
Stato civile (per la variazione percentuale, dal 1981 al 2009)				
• Coniugata	20,5	11,6	6,8	-65,9
• Nubile	11,5	10,2	8,5	-26,1
Istruzione (per la variazione percentuale, dal 1981 al 1991)				
• Elementare	16,9	14,7	non disp.	-13,0
• Media inferiore	21,9	14,1	non disp.	-35,6
• Media superiore o laurea	14,2	9,0	non disp.	-36,6
Occupazione (per la variazione percentuale, dal 1981 al 1991)				
• Occupata	14,6	10,2	non disp.	-30,1
• Casalinga	21,6	18,9	non disp.	-12,5

% aborti ripetuti	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010
Osservati	30,0	28,9	27,6	26,3	24,8	24,5	24,9	24,3	25,4	26,9	26,9	27,0	24,9
Oss. cit. it.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,7	21,6	21,9	21,6
Attesi *	36,9	38,3	40,5	42,0	43,0	43,8	44,2	44,5	44,6	44,6	44,7	44,7	44,7

(*) I valori attesi sono ricavati da modello matematico riportato in: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo Me. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. Ann. Ist. Super. Sanità. 1988; 34:331-8

833/1978.

La domanda di partenza era una: la legalizzazione ha favorito l'aumento dell'aborto oppure ha promosso una

maggiore diffusione dei metodi per la procreazione consapevole determinando la riduzione del rischio di gravidanze indesiderate? Gli autori del report

non hanno dubbi: ha accresciuto l'empowerment delle donne. Non lo dimostra soltanto il calo dell'abortività (nel 2011 le Ivig sono state 109.538, il

54,6% in meno rispetto al 1982), ma anche altri due dati chiave. Il primo è la più rapida diminuzione dei tassi di abortività nelle donne sposate, occupa-

te e più istruite, «condizioni - spiega Grandolfo - che favoriscono maggiori opportunità di acquisire competenze tali da accedere ai metodi per la procreazione consapevole». Lo stesso si evince dall'andamento degli aborti ripetuti: se la legalizzazione avesse facilitato il ricorso alle Ivig, la quota di aborti da parte di donne che già avevano abortito sarebbe dovuta aumentare rispetto a quella attesa. Invece è stata di gran lunga inferiore.

Certamente non sono tutte rose: le donne straniere hanno un tasso di abortività almeno tre volte più alto delle italiane, segno di un coinvolgimento ancora scarso della popolazione immigrata nel counselling per la procreazione consapevole. E il calo dell'abortività è stato minore al Sud, con la sola eccezione della Puglia, dove si è registrata la maggiore riduzione in assoluto.

Ma gli aborti clandestini si sono drasticamente ridotti: sono passati da circa 100mila del 1982 ai 15mila del 2010 (-85%). Grandolfo respinge la tesi secondo cui l'aumento delle dimissioni per aborto spontaneo (erano 56.157 nel 1982, sono diventate 73.565 nel 2011) nasconda una quota rilevante di interventi clandestini. «Analizzando il rischio di abortività spontanea specifico per classe di età - spiega Grandolfo - si vede che l'au-

L'obiezione che divide le coscienze

Eliminare la possibilità dell'obiezione di coscienza per gli operatori sanitari che lavorano nelle strutture pubbliche. A un anno dall'avvio della campagna «Il buon medico non obietta» la Consulta di bioetica è tornata alla carica proponendo una soluzione drastica per arginare l'aumento degli obiettori, arrivati al 70% tra i ginecologi, con punte vicine al 90% in alcuni ospedali. Un'impennata che rende spesso l'accesso al servizio un percorso a ostacoli. E che ghettizza la minoranza di non obiettori, molti dei quali vicini alla pensione. «Se un medico vuole avvalersi dell'obiezione di coscienza scelga di lavorare nel privato», ha detto **Maurizio Mori**, presidente della Consulta. «L'aborto è rispetto della salute della donna, garantito dalla legge».

Lo stesso giorno in cui la Consulta ha lanciato la sua proposta nel corso di un convegno a Roma, la senatrice **Laura Puppato** ha presentato a Palazzo Madama una mozione firmata da 27 senatori (Pd, Movimento Cinque Stelle, Sel e Gal) che chiede al Governo l'impegno urgente a far funzionare i consultori, investire sulla prevenzione e «contemperare il diritto all'obiezione di coscienza dei medici con quello delle donne all'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza».

L'obiezione è tema scivoloso. Nella giornata romana la Consulta di bioetica ha provato a mettere a confronto medici, giuristi e filosofi. I toni sono stati accesi, le posizioni distanti. «Assolutamente contrario alla proposta» di cancellare l'obiezione per gli operatori pubblici si è detto **Amedeo Bianco**, presidente della Federazione degli Ordini dei medici e senatore Pd. «La trovo anche rischiosa - ha detto - perché potrebbe riaprire un dibattito che rischierebbe di avviarsi su posizioni ideologiche». A suo avviso, «alle aziende non mancano gli strumenti per garantire il servizio» senza dover violare l'autonomia dei medici. «Il paradosso - ha sostenuto **Filomena Gallo**, segretaria dell'Associazione Luca Coscioni - è che la 194 prevede l'obiezione di coscienza, ma non la disciplina. Le Regioni, che hanno il compito di vigilare affinché non vi sia un'interruzione del servizio, devo-

no svolgere il loro ruolo». Per **Carlo Casini**, presidente del Movimento per la vita, «la vera ragione degli attacchi contro l'obiezione di coscienza è invece che inquieta coloro che vorrebbero affermare l'insignificanza della vita umana prima della nascita».

Non a caso è sul piano filosofico che i discorsi si complicano. «Una vita aperta alla sessualità è una vita aperta alla possibilità di restare incinte», ha detto la bioeticista **Caterina Botti**, applauditissima. «Una contracccezione perfetta è lontana dall'essere in vista e comunque esisterebbe sempre l'inciampo, l'errore, lo scherzo dell'inconscio. Di fronte alla scelta di chi mettiamo al mondo e perché si pone un problema morale. È bene che chi viene al mondo sia desiderato, amato e possa vivere una vita nelle migliori condizioni possibili». Quanto all'obiezione di coscienza, se la maternità è responsabilità «di decidere chi mettere al mondo», se la scelta della donna è responsabile, allora «chi la vuole limitare o la ostacola non si pone dalla parte della moralità e della responsabilità o della coscienza, ma dalla parte dell'incoscienza».

Se per il filosofo **Eugenio Lecaldano** «la libertà di coscienza è insindacabile ma non può mai tradursi nella pretesa di costruire la convivenza sulle proprie credenze», **Francesco D'Agostino**, filosofo del diritto e presidente onorario del Comitato nazionale di bioetica, ha difeso a spada tratta l'obiezione di coscienza come «strumento per favorire il mutamento valoriale»: «Davanti a uno Stato che produce norme etiche, l'obiettore rema contro e mantiene attivo un punto luce». Se dunque si arrivasse al 100% di obiettori, per D'Agostino, «sarebbe qualcosa di straordinario, per D'Agostino, «sarebbe qualcosa di straordinario alla pena di morte, finirebbe la pena di morte. Se tutti i soldati rifiutassero di indossare la divisa, finirebbe la guerra». Similitudini che molte delle ginecologhe presenti in sala hanno bollato come «offensive». Ed è stato Maurizio Mori a replicare, caustico: «I boia e i soldati non continuerebbero a prendere lo stipendio».

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia

	1982	1991	1995	2001	2010	2011*	Var. %
Ivg	234.801	160.494	139.549	132.234	115.981	109.538	-53,3
Tasso di abortività	17,2	11,0	9,7	9,5	8,3	7,8	-54,6
Aborti clandestini (stima)	100.000	60.000	43.500	21.100	15.000	n.d.	-85,0
Ivg cittadinanza straniera	n.r.	n.r.	8.967	25.094	38.331	n.d.	+327,5

(*) Dati preliminari; n.d.: dati non disponibili; n.r.: dati non rilevati

mento riguarda le classi di età più avanzate, come è da attendersi in seguito alla tendenza delle donne di fare figli a un'età più avanzata, quando il rischio di aborto spontaneo aumenta considerevolmente, mentre diminuisce tra le più giovani».

In ogni caso a riportare le donne nella clandestinità non sarebbe certo la legge, semmai la sua disapplicazione. Perché la 194, di per sé, ha funzionato. E potrebbe funzionare ancora meglio, per Grandolfo e Spinelli, se si cominciasse a espandere l'impiego dell'aborto medico e a usare l'anestesia locale invece di quella generale. Grandolfo

ne è convinto: «Dimezzerebbe il peso dell'obiezione (quella degli anestesisti) e favorirebbe sia una notevole riduzione dei tempi di esecuzione e di impiego di risorse, sia una maggiore salvaguardia della salute delle donne (e un risparmio di almeno 150 milioni)».

L'esperto non ha comunque dubbi: «La 194 è stato il più grande successo italiano di Sanità pubblica». Il problema è che nessuno sembra accorgersene. Tanto che i consultori, simbolo di quel modello fondato sulla scelta consapevole della donna e della coppia, sono vittime - si legge nel rapporto - «di un processo di svilimento e di

impoverimento». Tanto che l'obiezione di coscienza si insinua ovunque, anche dove non potrebbe. «Va ribadito - scrivono Grandolfo e Spinelli - che chi svolge una funzione di Sanità pubblica, dal medico di medicina generale a tutte le altre figure mediche impegnate direttamente o su base convenzionale nel Ssn, ha l'obbligo di indirizzare efficacemente la donna perché possa tempestivamente percorrere l'iter previsto dalla legge». E la legge, precisano, «indica chiaramente che la Regione è responsabile dell'assicurazione del servizio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Olio di mais e broccoli l'aiuto arriva dai fitosteroli

LE PIANTE

Un aiuto, a chi deve abbassare il livello grasso nel sangue, arriva anche dalle piante. Con i fitosteroli e fitostanoli chimicamente simili proprio al nemico da contrastare, il colesterolo. La prima ricerca che ha mostrato l'efficacia degli steroli vegetali risale al 1953. Gli steroli vegetali sono sostanze grasse di origine vegetale presenti in olii (mais, colza, girasole, soia, sesamo, mais) broccoli, cavolfiori, cavolini di Bruxelles, olive, frutta secca e in quantità minori in frutta fresca e verdura. I fitosteroli non possono essere sintetizzati nell'uomo e derivano esclusivamente dalla dieta. La loro azione è quella di impedire l'assorbimento, proprio del colesterolo, al livello intestinale favorendo l'espulsione. Agendo, così, anche in associazione con gli Omega 3, sia sul livello del colesterolo sia su quello dei trigliceridi.

STILE DI VITA

Le forme di ipercolesterolemia più importanti sono quelle familiari in cui esiste un difetto su base genetica che non consente il corretto mantenimento dei livelli di colesterolo a prescindere dallo stile di vita. In questi casi la terapia più utilizzata è quella con farmaci in grado di agire a diversi livelli sul metabolismo delle lipoproteine. Nelle forme più lievi l'approccio si basa essenzialmente su modificazioni della dieta e dello stile di vita.

«Uno stile alimentare che contenga in abbondanza cibi ricchi di fitosteroli - è il parere della Società italiana di medicina generale - come una dieta vegetariana permette di assumere fino a 0,6 grammi al giorno. Il consumo ottimale di steroli vegetali, comunque, per ottenere un significativo effetto di riduzione del colesterolo deve essere di circa 2-2,5 grammi al giorno. Ovvero oltre cinque volte il consumo giornaliero di una dieta regolare». Per essere più chiari: anche la frutta e la verdura fresche contengono fitosteroli, ma in minima parte. Il nostro introito quotidiano non su-

pera i 200-400 mg, una quantità di molto inferiore alla dose efficace contro l'eccesso di colesterolo.

LATTE E YOGURT

I fitosteroli e i fitostanoli vengono addizionati ai latticini come latte e yogurt in cui, parte della materia grassa viene ridotta o sostituita da grassi vegetali. Il sì a questa integrazione è del 2004. Da allora, nella grande distribuzione, sono comparsi prodotti a base di latte con azioni anticolesterolemizzanti e integratori con le stesse sostanze. «Ovviamente - consiglia la Società italiana di medicina generale - queste sostanze integrano il regime dietetico oppure la terapia farmacologica. Non si può pensare che questi integratori da soli possano sopperire ad abusi alimentari e alla sedentarietà. Se si mangia in modo corretto e si integra con i fitosteroli riusciamo ad avere un buon risultato. Che l'assorbimento di colesterolo si riduce del 30-40%». Una condizione che potrebbe consentire di ridurre le dosi di farmaci come le statine.

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lotta al colesterolo. Un'attività fisica costante di media intensità porta molti benefici: dalla riduzione del rischio di attacchi cardiaci all'aumento del livello di HDL nel sangue. L'ideale sono due ore e mezzo a settimana, suddivise in 5 giorni

Lo sprint del benessere



Tra gli sport consigliati anche il canottaggio da praticare a ritmo costante

LO SPORT

Dalla riduzione del rischio di un attacco di cuore o di un ictus, alla riduzione di peso fino al miglioramento del tono muscolare e dell'umore. Un'attività fisica moderata regala benefici a numerosi aspetti della nostra salute. Tra i parametri che risentono subito dell'effetto sport c'è il colesterolo.

«La camminata e la corsa sono un test ideale per verificare lo stato cardiovascolare poiché coinvolgono gli stessi gruppi muscolari e prevedono lo stesso tipo di attività ma con diverse intensità», spiega Paul T. Williams, ricercatore presso il Life Science Division di Berkeley, primo autore di uno studio sul rapporto tra attività sportiva e livelli di ipertensione e colesterolo. I ricercatori hanno dimostrato che in chi praticava la corsa il rischio di insorgenza di ipertensione si abbassava del 4,2, contro il 7,2 in coloro dedicati alla camminata veloce. Stesso discorso per il colesterolo: si abbassava del 4,3% in chi faceva jogging e del 7% nei camminatori.

Con lo sport, dunque, si ha l'aumento di quello «buono» (HDL) con modifica del rapporto con il

«cattivo» (LDL). Nel complesso sale il colesterolo totale ma grazie alla componente «buona». E' per questo che l'indice di rischio cardiovascolare (IRC) diminuisce ugualmente. Si calcola dividendo il colesterolo totale per il colesterolo buono: nelle donne deve essere inferiore a 4.5 e negli uomini a 5.

LE PULSAZIONI

L'attività fisica di tipo aerobica (esercizio che coinvolge più gruppi muscolari e che faccia progressivamente aumentare il ritmo cardiaco) è la più adatta a chi soffre di colesterolo, poiché le pulsazioni cardiache si trovano ad essere più alte del normale per tutta la durata dell'allenamento.

Per aumentare il livello di colesterolo buono nel sangue gli sport consigliati sono ad esempio il ciclismo, la corsa, il nuoto, il canottaggio o lo sci. Anche in questi casi però, per avere effetti benefici, è necessario uno sforzo costante di media intensità. «Bisogna mantenere una frequenza cardiaca adeguata, per modificare il colesterolo - spiega Gianfranco Beltrami, Consigliere Federale della Federazione medico sportiva italiana (Fmsi) - e il calcolo è semplice. Al numero 220 vanno sottratti i propri anni. A que-

sto punto va calcolato circa il 70%». Ad esempio per una persona di 40 anni si ha 220 meno 40 cioè 180. I battiti al minuto che vanno mantenuti durante l'allenamento sono pari al 70% di questo numero cioè 126. Quindi nel caso del ciclismo, pedalare in piano per 20 km a passo d'uomo non è un allenamento efficace, mentre ad esempio un percorso in mountain bike oppure un itinerario cittadino con salite e diversi livelli di difficoltà, che presume uno sforzo di media intensità, è una pratica sportiva aerobica corretta che, se ripetuta costantemente, può aumentare il livello di colesterolo buono. «L'import-

«VA MANTENUTA LA GIUSTA FREQUENZA CARDIACA PER TUTTO



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

L'ESERCIZIO»

Gianfranco Beltrami
medico sportivo

tante è fare attività fisica circa 2 ore e mezza ogni settimana, suddivisa in almeno cinque giorni. Il calcolo è presto fatto: 30 minuti al giorno e mai scendere sotto i 20 - sottolinea Beltrami - camminare, marciare, nuotare o andare in bicicletta va bene per entrambi i sessi e a ogni età. I più giovani possono trarre maggior vantaggio dalla corsa e fare sport di squadra».

IL CIRCUITO

L'attività fisica ad intensità moderata non porta all'esaurimento delle forze ed equivale, ad esempio, a camminare di buon passo (4/5 km/h), ad usare la bicicletta da camera, ellittica o il tapis roulant senza troppa fatica, a praticare nuoto non competitivo o ad impegnarsi in danze popolari. Per attività fisiche intense si intendono, ad esempio, ginnastica aerobica, jogging, tennis o gare di nuoto. Per avere effetti positivi sul colesterolo è necessario che l'attività fisica praticata sia di lunga durata e praticata con costanza durante la settimana. «Per chi preferisce la palestra è consigliato il cosiddetto "circuito aerobico" - conclude lo specialista - ovvero utilizzare con ritmo una serie di pesi e macchine senza carichi eccessivi, per avere continuità nell'esercizio e la corretta frequenza cardiaca». Il binomio tra gli esercizi aerobici e l'attività di resistenza con pesi o elastici, è attualmente considerata uno dei migliori protocolli contro sovrappeso e obesità, che insieme all'ipercolesterolemia rientrano tra i fattori di rischio più importanti per le malattie cardiovascolari, specie quando l'adipe in eccesso si concentra a livello addominale.

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

in modo costante per almeno un'ora due o tre volte a settimana per allenare il muscolo cardiaco



► **JOGGING** Per la corsa non prevedere pause e praticarla tre volte alla settimana sempre con un giorno in mezzo di totale riposo



► **NUOTO** Tutte le attività in acqua aiutano in modo efficace ad aumentare il livello di colesterolo buono presente nel sangue

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

I consigli



► **BICICLETTA** Pedalare

Quanti pericoli sotto i tatuaggi

Vanno di moda quelli temporanei, ma spesso sono tossici

FABIO DI TODARO

L'allarme è arrivato per direttissima: dall'altra parte dell'Atlantico. «I tatuaggi temporanei non sono esenti da rischi», ha voluto far sapere la Food and Drug Administration, l'ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici. Sotto accusa sono finiti soprattutto quelli disegnati con l'estratto di henné - un colorante bruno-rossastro tratto da un arbusto diffuso in Africa e in Medio Oriente - a cui sono aggiunti derivati azoici, residui metallici e idrocarburi.

Lo spettro delle conseguenze dipende dalle concentrazioni usate: si va dall'interazione di queste sostanze con il sistema endocrino a un potenziale effetto cancerogeno. «Conviene tenere alta l'attenzione: una reazione allergica può mascherare i segni di una neoplasia».

In Italia la moda di farsi decorare il corpo con pennello e inchiostro ha preso piede nell'ultimo decennio. Così, se prima il tatuaggio era soltanto quello permanente, oggi non sono pochi gli adolescenti e le donne che optano per un approccio «soft». I tatuaggi all'henné sono diffusi sulle spiagge: bastano una decina di minuti per cambiare l'aspetto. Non per questo, però, la metodica è del tutto sicura.

«Negli ultimi anni si è notato che gli inchiostri all'henné vengono arricchiti con amine aromatiche per garantire un colore più acceso e duraturo - spiega Antonio Cristaudo, direttore dell'unità operativa di dermatologia infettiva e allergologica dell'Istituto San Gallicano di Roma -. La più diffusa è la parafenilendiamina, già utilizzata nelle tinture per capelli». La sostanza, proibita da molti Paesi nell'industria cosmetica, è un potente allergene. L'entità della reazione avverse, immediate o visibili fino a due giorni dopo il contatto, dipende dalla sensibilità dell'individuo. In genere la risposta è localizzata alla sede del tatuaggio: rossore, prurito e gonfiore sono i segni che si riscontrano con più frequenza. Nei casi più gravi dermatiti (anche bollose) ed eczemi. Variabili le terapie cortisoniche: somministrate localmente o per via orale. Non è raro notare anche infezioni virali (herpes simplex), micotiche e batteriche (da stafilo e streptococco).

Più dei tatuaggi permanenti, in

termini di frequenza di complicazioni, risultano dunque a rischio quelli provvisori, per cui le maglie della legge risultano ancora troppo larghe. Chi era convinto di essersi tatuato per la vita può avere invece un altro problema, qualora decidesse di chiudere con il passato. La rimozione dei tatuaggi è sì possibile attraverso il laser, ma non priva di controindicazioni. La procedura è sconsigliata durante la gravidanza e l'allattamento, in corso di infezioni, dopo una recente esposizione alla luce solare o se si stanno usando farmaci fotosensibilizzanti (la terapia dovrà essere sospesa alcuni mesi prima) o anticoagulanti (rischio di eritemi persistenti).

«La densità e la profondità dell'inchiostro sono tra i fattori più importanti che influenzano l'esito del trattamento di rimozione - afferma Angela Faga, direttore della scuola di specializzazione in medicina estetica dell'Università di Pavia e alla guida del centro di ricerca Tamerici, specializzato nell'applicazione della tecnologia «QS», efficace e poco invasiva -. I tatuaggi professionali sono costituiti da vari pigmenti colorati, hanno una densità di inchiostro molto elevata nella cute e una profondità uniforme».

L'eritema che compare dopo l'intervento laser svanisce in 7-9 giorni. L'intervento dura dai cinque ai 10 minuti. Previste almeno tre sedute: a distanza di tre mesi l'una dall'altra sulla stessa area.

Twitter @fabioditodaro



Dermatologo

RUOLO: È DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI DERMATOLOGIA INFETTIVA E ALLERGICA DELL'ISTITUTO SAN GALLICANO DI ROMA



Dalla dieta mediterranea un'arma contro l'acne

La dieta mediterranea può fare la differenza anche sulla pelle: è ciò che emerge da uno studio sulla relazione tra i disturbi dell'epidermide e l'alimentazione condotto dall'Unità operativa complessa di dermatologia «Daniele Innocenzi» della facoltà di Farmacia e Medicina del Polo Pontino di Terracina e dal dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Roma La Sapienza. L'acne - prima causa di consultazione dermatologica - è una malattia infiammatoria che interessa tra il 79 e il 95% della popolazione giovanile occidentale e il 40-45% degli uomini e delle donne di età superiore ai 25 anni. Se le tipologie sono diverse e le cause sono in genere attribuibili alla predisposizione genetica e all'influenza ormonale, la malattia è spesso legata proprio a un'alimentazione sbagliata. Dal momento che l'apporto glicemico determina un aumento anomalo della secrezione delle ghiandole sebacee, e quindi di sebo, la dieta mediterranea, caratterizzata da alimenti a basso indice glicemico, a cominciare da frutta e verdura, possiede un consistente fattore protettivo nei confronti dell'acne stessa. L'assunzione di grassi animali saturi, inoltre, è su livelli relativamente bassi, mentre il moderato consumo di pesce che caratterizza questo tipo di «menu» fornisce un apporto sufficiente di grassi polinsaturi, che contribuiscono a ridurre il colesterolo «cattivo» (Ldl), aumentando quello «buono» (Hdl): così - spiega Giuseppe La Torre de La Sapienza - «ai benefici per la pelle si aggiungono a quelli legati alla diminuzione delle malattie cardiovascolari e del cancro».



Tanta verdura contro l'acne



Commissione Salute del Parlamento Ue: via libera a un nuovo regolamento sulle sperimentazioni

Regole più semplici per i trial

Iter ad hoc per prove a basso rischio - Comitato etico esperti-pazienti

Regole più semplici e uniformi sui trial clinici per incoraggiare la ricerca e tutelare la salute dei pazienti. Spazio ai comitati etici formati da esperti e pazienti. Sono le novità della proposta di regolamento votata all'unanimità dalla Commissione Ambiente e Salute pubblica dell'Europarlamento. Il nuovo testo, che dovrà sostituire la direttiva 2001/20/Ec prevede disposizioni specifiche per le prove a basso rischio, chiarisce i compiti dei comitati etici e i dettagli su come ottenere il consenso informato dai pazienti. «Gli studi clinici sono essenziali per lo sviluppo di nuovi farmaci - ha detto Glenis Willmott che coordina l'iter legislativo del provvedimento - tuttavia, tra il 2007 e il 2011, il numero di studi clinici in Europa è diminuito del 25%. Molte critiche sono state rivolte alla direttiva vigente, vista come causa di un'eccessiva burocratizzazione. Gli obiettivi raggiunti dalla direttiva sono stati ammirevoli, ma molti dei requisiti sono stati orientati verso studi sponsorizzati da aziende farmaceutiche, mentre quelli con sponsor non commerciali sono stati trascurati, e la vera armonizzazione non è mai stata raggiunta. Ottenere una migliore legislazione in tempi brevi sarà fondamentale per incoraggiare la ricerca sui farmaci salva-vita».

La nuova proposta dispone di procedure di notifica semplificate, e autorizza la Commissione europea a fare controlli. Una volta che uno sponsor presenta una richiesta di autorizzazione a uno Stato membro, lo Stato membro dovrà rispondere entro termini precisi. I deputati hanno modificato il progetto per rafforzare il provvedimento sul fronte della trasparenza: richiedendo che riassunti dettagliati siano pubblicati in una banca dati accessibile al pubblico Ue. Sono previste multe per gli sponsor che non rispettano questi requisiti.

Per sperimentazioni cliniche a basso rischio, il risarcimento del danno sarebbe coperto dal sistema di compensazione generale istituito a livello nazionale. Per altri studi clinici, lo sponsor sarebbe ritenuto responsabile per i danni, ma potrebbe fare uso di un sistema nazionale di indennizzo che tutti gli Stati membri dovrebbero istituire per ridurre i costi assicurativi elevati. Il rapporto redatto da Glenis Willmott è stato approvato all'unanimità. Ora Willmott ha ricevuto un mandato per negoziare un accordo con i ministri Ue. La relazione sarà votata durante la plenaria di ottobre.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In Parlamento. Al lavoro le commissioni Bilancio e Affari sociali per una proposta condivisa a settembre

La Camera studia la sanità sostenibile

Roberto Turno

Coniugare i bisogni di salute degli italiani, che sotto la crisi perdono sempre più tutele, con la necessità di tenere stretti i cordoni della borsa della spesa pubblica. La classica quadratura del cerchio, la missione impossibile che più Governi e Parlamenti da decenni vanno inseguendo, è da ieri l'ambizioso obiettivo che si sono date anche le commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera. Un matrimonio pressoché inedito - chi difende la salute, chi guarda ai conti dello Stato - con un punto di caduta, fatto di proposte politiche al Governo, di qui a qualche mese: a settembre, precisamente, proprio nel bel mezzo del varo della legge di stabilità per il 2014.

La Camera, insomma, studia come preparare pezzi di manovra per il prossimo anno. A cominciare da asl e ospedali, portata forte, e temutissima, dei conti pubblici. Con una domanda di fondo:

quale sostenibilità garantire al Ssn, con quali mezzi e con quali prospettive. È questo, infatti, l'interrogativo dell'indagine conoscitiva voluta all'unanimità e deliberata ieri della due commissioni di Montecitorio a testimonianza della delicatezza della sfida della tenuta del Welfare sanitario.

Non a caso il calendario di audizioni è imponente: governatori, sindaci, Corte dei conti, Ragioneria generale, Agenas, Bocconi, Scuola Sant'Anna di Pisa, Luiss, fondi integrativi, imprese, sindacati. E per finire il ministro dell'Economia, il vero dominus dei conti sanitari, e quello della Salute. Per preparare un antipasto della manovra 2014 da fornire al Governo entro fine settembre. Il tutto, mentre si deve far fronte all'aumento (scongiurato?) dei ticket, alla spending review, alle incompiute nelle Regioni in deficit. E ai tagli che stanno duramente condizionando l'erogazione dell'assistenza.

I partiti di maggioranza stanno preparando i rispettivi dossier. Spiega il presidente della Affari sociali, il montiano Pierpaolo Vargiu di Scelta civica: «Il tema di fondo è come garantire esigenze e diritti di salute in maniera uniforme, tanto più in tempi ormai prolungati di crisi. All'interrogativo sulla sostenibilità del Welfare, non ci si può sottrarre. Lo faremo dal punto di vista della nostra commissione e di quello della commissione Bilancio, per arrivare a un documento finale in tempo per la legge di stabilità». Aggiunge la capogruppo del Pd, Donata Lenzi: «Nel momento in cui ci si interroga di spending o di ticket, è necessario chiedersi e capire in prospettiva quali correttivi apportare al sistema. Sia chiaro: senza mettere in discussione il Ssn, ma pensando a come modificare il sistema della compartecipazione alla spesa o il rapporto Stato-Regioni e la riorganizzazione nell'erogazione dei servizi». Ma non solo: «Si deve capire quale strada percorrere

nelle Regioni sotto piano di rientro, dove se i conti migliorano, peggiora in maniera preoccupante la qualità dei servizi. Perché non è solo questione di risparmi, ma degli effetti che quei risparmi producono», aggiunge Raffaele Calabrò, capogruppo Pdl.

Insomma, avanti con la riforma del Ssn pensando alla manovra prossima ventura. Che sulla sanità sarà ben più consistente di quella che il decreto legge "del fare" in piccola parte dedica anche alla sanità. Prevedendo procedure semplificate di autorizzazione per le apparecchiature a risonanza magnetica (Rmn) o l'abolizione dell'obbligo di specializzazione per gli odontoiatri nell'accesso al Ssn. E poi l'addio ad un grappolo certificazioni e autorizzazioni sanitarie: anche quello di sana e robusta costituzione per gli ufficiali esattoriali, forse vecchia (o ancora attuale?) eredità di quando l'esoso esattore doveva sapersi difendere dai cittadini tartassati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CALENDARIO IMPONENTE

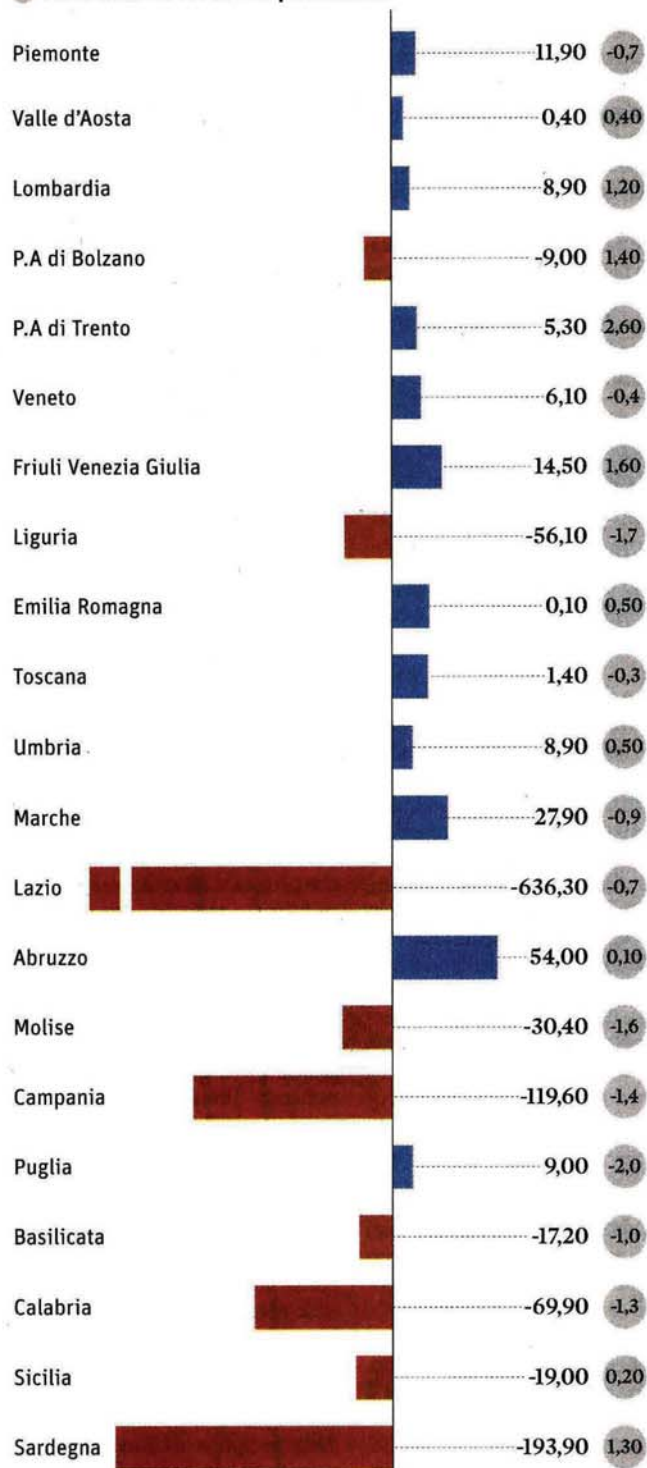
Previste, tra le altre, audizioni con governatori, sindaci, università, imprese, sindacati e ministri dell'Economia e della Salute



Pochi miglioramenti

La situazione della spesa sanitaria nel 2012. **Dati in milioni**

● Differenza 2010-2012 in percentuale



Fonte: per la prima colonna Corte dei conti 2013 e dati Regioni, per la seconda audizione del 29 maggio al Senato della Ragioneria generale dello Stato

Attacco alla sclerosi multipla

Dai farmaci orali alle "app" cognitive, le cure stanno cambiando la vita dei malati

NEUROLOGIA

VALENTINA ARCOVIO

Non più di 20 anni fa il destino dei malati di sclerosi multipla era segnato: con pochi farmaci a disposizione, scarsa diagnostica e una generale disinformazione erano costretti a vivere la propria condizione con rassegnazione. «Ma i tempi sono cambiati», assicura Antonio Bertolotto, responsabile del Centro regionale sclerosi multipla presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Luigi di Orbassano (Torino). Oggi la vita e l'atteggiamento dei pazienti non sono più quelli di una volta. Informati, autonomi e attivi, i malati riescono a convivere meglio con questa malattia cronica e invalidante del sistema nervoso centrale, come dimostra un'indagine condotta da Stethos Italia, con il sostegno di Novartis. Scienza e tecnologia sono riusciti a migliorare notevolmente la condizione dei malati.

«Oggi abbiamo disposizione un gran numero di farmaci che hanno di fatto rivoluzionato la vita dei pazienti - spiega Bertolotto -. Anche se non abbiamo ancora una cura definitiva siamo in grado di contrastare meglio i processi infiammatori e degenerativi della malattia grazie ad alcuni farmaci innovativi, molto più efficaci nel prevenire le ricadute».

Innovative sono anche le strategie per migliorare l'aderenza alla terapia, problema ancora critico nella gestione della malattia. La sclerosi multipla è una delle malattie neurologiche più diffuse tra i giovani: colpisce nel mondo tra i 2 milioni e mezzo e 3 milioni di persone, 450 mila solo in Europa e circa 65 mila in Italia. «Ha un decorso imprevedibile e le cause sono ancora

in parte ignote, nonostante le numerose ricerche attive in tutto il mondo», dice Bertolotto. Quello che sappiamo è che una migliore aderenza alle terapie si traduce in meno ricadute e in una minore evoluzione verso la disabilità. La costanza nel seguire i trattamenti, però, non è un'impresa facile. I farmaci prevedono iniezioni pluri o monosettimanali e questo è uno dei fattori che abbassa l'aderenza. Per far fronte al problema ci si sta muovendo in più direzioni: da un lato l'utilizzo di farmaci orali, come il fingolimod (Novartis) già in uso e i prossimi arrivi come la teriflunomide (Genzyme) e il dimetil fumarato (Biogen Idec); dall'altro lato il miglioramento dei dispositivi autoiniettori che permettono ai pazienti di seguire in autonomia la terapia.

Dedicata a un altro aspetto importante della malattia è anche l'iniziativa del gruppo di ricerca capitanato da Giampaolo Brichetto, neuroscienziato presso la Fondazione dell'Associazione italiana sclerosi multipla, l'Aism. I ricercatori hanno sviluppato un software specifico per la riabilitazione cognitiva attraverso il tablet: l'obiettivo è fornire ai pazienti un trattamento che poggi su una tecnologia utilizzabile facilmente anche a domicilio (e disponibile gratuitamente). Si tratta di un programma basato su un algoritmo in grado di formulare esercizi di vero e proprio training mentale via via più complessi, sulla base delle capacità dimostrate dal singolo paziente, che durante il trattamento non necessita di essere affiancato da un operatore e può esercitarsi in completa autonomia. A breve partirà una sperimentazione per verificare l'efficacia del progetto.

Ma accanto alle nuove ricerche rimane fondamentale il ruolo dei centri dedicati. «In Italia la loro rete - sottolinea Bertolotto - è molto efficiente: grazie al contributo degli specialisti (neurologi, psicologi e

neuroriabilitatori), oltre alle diagnosi tempestive e precise, i pazienti vengono aiutati a seguire con continuità le terapie e, quindi, ad affrontare i vari aspetti della malattia».

Tuttavia, se la ricerca di Stethos Italia dipinge un quadro piuttosto confortante della vita dei pazienti, più attiva e motivata rispetto al passato, una ricerca condotta dall'Istituto Coleman Parkes Research, per conto di Almirall, fa luce su un aspetto ancora negativo. Dai risultati emerge che in Italia il 48% dei pazienti under 35 affetti da sclerosi multipla non è più in grado di lavorare o studiare e il 42% ha difficoltà nel compiere queste attività: solo il restante 10% dichiara che la malattia non ha un impatto su lavoro e studio, mentre in Europa questo valore sale al 14%.

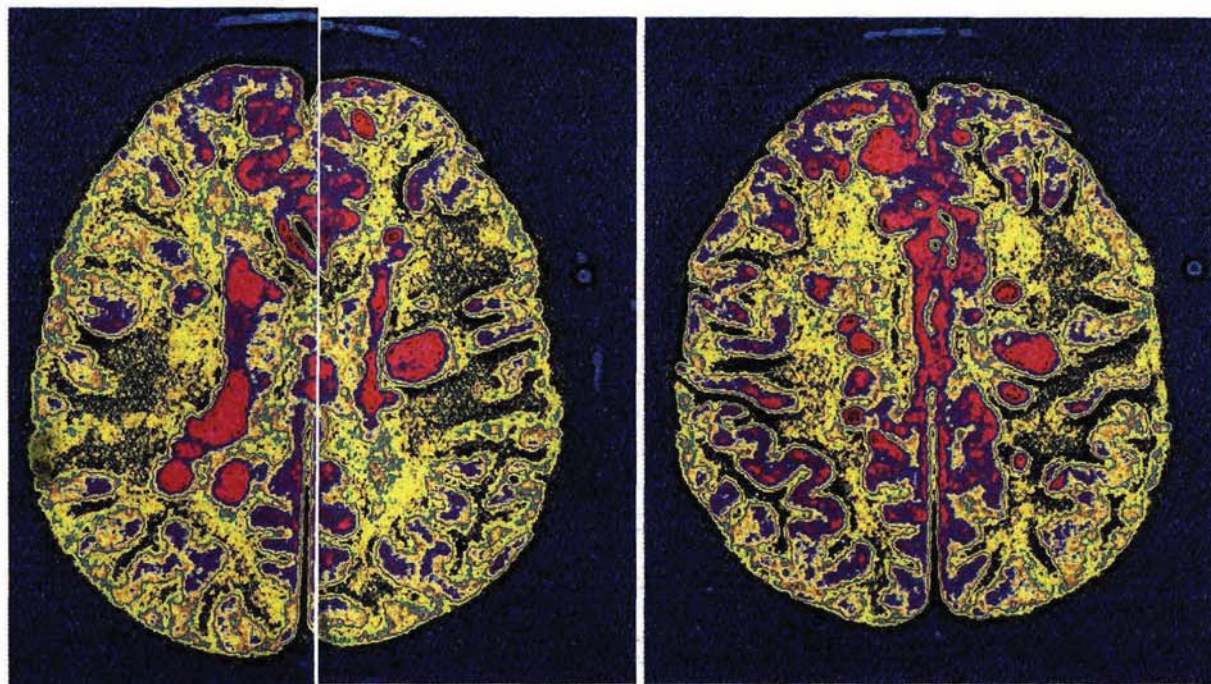
«E' evidente che, nonostante i numerosi progressi realizzati in questi ultimi anni, c'è ancora tanto da fare. Tuttavia sono molto fiducioso: la ricerca, infatti, va avanti e i centri per la sclerosi multipla hanno ormai sviluppato un'ottima rete di collaborazioni. L'obiettivo - conclude Bertolotto - è quello di migliorare la vita dei pazienti, costretti a convivere con una malattia che, ancora in troppi casi, può essere ancora molto invalidante».

Antonio Bertolotto
Neurologo

RUOLO: È RESPONSABILE DEL CENTRO REGIONALE SCLEROSI MULTIPLA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. LUIGI DI ORBASSANO (TORINO)

MutuoYou
2,75%
È chiaro, è conveniente, fa bene

Il virus ingegnerizzato ha imparato a demolire le cellule del tumore



Il processo

La mielina
che ricopre
le cellule
nervose
viene
gradualmente
sostituita
da «placche»
che finiscono
per
paralizzare
il sistema
nervoso
centrale

L'abbuffata di baby farmaci

FRANCESCO RIGATELLI

Venerdì 14 e sabato 15 in Vaticano si tiene un grande convegno internazionale sul disagio dei bambini. Il Pontificio consiglio per gli operatori sanitari, come spesso accade in questi casi, ha chiamato all'appello alcuni dei più grandi studiosi in materia, indipendentemente dalla loro fede. Un po' come succede a Robert Langdon in «Angeli e demoni».

Tra gli interventi più attesi c'è quello sugli effetti a lungo termine degli antidepressivi. Lo tiene, fresco di uno studio innovativo in materia, Giovanni Fava, 60 anni, padovano, professore di Psicologia clinica a Bologna e di Psichiatria a Buffalo nello Stato di New York.

«A un convegno - ci anticipa - ho sentito discutere del fatto che i bambini nell'età evolutiva possono essere esposti a problemi a lungo termine legati al rapporto con i dolcificanti: parliamo, com'è evidente, di obesità infantile. Allora mi sono posto la domanda se anche l'esposizione ai farmaci antidepressivi, usati negli Usa in modo sempre più diffuso durante l'infanzia e l'adolescenza, possa causare problemi a lungo termine. Perché il cervello nella fase evolutiva è più sensibile agli effetti collaterali».

Da questa curiosità, con l'apporto fondamentale della ricercatrice Emanuela Offidani, che ha analizzato gli studi sulla cura della depressione e dell'ansia nell'infanzia per cercare indicazioni sugli effetti collaterali (lasciati sempre un po' nascosti nei testi), è partita la ricerca pubblicata sulla rivista «Psychotherapy and psychosomatics» e firmata anche da Ross Baldessarini, uno dei maggiori farmacologi di Harvard. La sua consulenza di esperto nell'ambito del disturbo bipolare (gli sbalzi d'umore) è stata richiesta da un'altra studiosa, Elena Tomba, coautrice con Fava del saggio «Il panico» (edito da Il Mulino), in cui si spiega a chi ne soffre e agli altri cos'è e ciò che si può

fare per uscirne.

Ma quali sono gli effetti collaterali che Offidani ha cercato in letteratura? «Ce ne possono essere tanti: insonnia, nausea e mal di stomaco - elenca Fava - ma ci siamo soffermati su uno stato eccessivo di attivazione comportamentale che potesse sfociare in una condizione di iperattività, tecnicamente definita "ipomaniacale". E' emerso che ne soffre un adolescente fino a 16 anni su 10, trattato con antidepressivi e dunque si tratta di un numero elevato, anche senza familiarità con il disturbo bipolare. L'iperattività, inoltre, non recede con l'interruzione del farmaco. Ci sono, poi, effetti collaterali potenzialmente reversibili e altri che danno un'impronta allo sviluppo successivo».

CONTINUA A PAGINA III

I motivi? «Come accade in altri fenomeni l'impostazione scientifico-culturale si intreccia al business dell'industria. Gli esperti che fanno parte delle commissioni del "Dsm 5" possono avere gravi conflitti di interesse e tra coloro che scrivono le linee guida dell'American psychiatric association molti li hanno: traggono, cioè, vantaggi concreti per le loro attività da aziende farmaceutiche di cui poi parlano».

twitter @rigatelli



L'allarme
Bambini
e adolescenti
sempre più
«rimpiati»
di farmaci
antidepressivi

Non basta un po' d'ansia per imporre una pillola

FRANCESCO RIGATELLI
SEGUE DA PAGINA I

Queste scoperte, secondo Fava, devono spingere, soprattutto negli Stati Uniti, a nuovi atteggiamenti e nuovi modelli: «Se un adolescente depresso rischia il suicidio, allora ha senso trattarlo con i farmaci, altrimenti nei disturbi ansiosi in cui non ci sono pericoli di vita immediati i rischi non sono più giustificabili. Recentemente anche James Leckman, psichiatra infantile di Yale, ci ha dato ragione sulla gravità di questi dati e sulle cautele che bisogna usare».

Anche per questo Fava e il suo gruppo continuano a occuparsi della strada alternativa alla farmacologica per le terapie, lavorando per inquadrare meglio quella che viene definita come «sintomatologia diagnostica», vale a dire il giudizio clinico in seguito al quale si determina se si ha bisogno di una terapia specifica oppure no. Inevitabile, dunque, confrontarsi sul «Dsm 5», il nuovo manuale che definisce le malattie psichiatriche. «Viene già criticato perché allarga i confini diagnostici. Ma se i farmaci vanno usati con cautela - aggiunge - a maggior ragione le indicazioni diagnostiche non devono essere vaghe, ma sempre più precise».

Gli antidepressivi - conclude Fava - vengono usati sempre di più: un abuso che si estende «a disturbi per i quali non sono necessari, dai momenti di scoraggiamento alle delusioni sentimentali, fino all'insoddisfazione, tutti aspetti della vita che non hanno certo una configurazione patologica. Oggi si tende a medicalizzare perfino le reazioni al lutto». E, invece, si dovrebbe assumere l'approccio contrario: «I farmaci sono salvavita solo in condizioni specifiche».

Lotta al colesterolo. Nessun sintomo della malattia che indurisce i vasi sanguigni: fondamentali i controlli periodici e l'alimentazione. E se il tasso è alto, anche i farmaci

Cuore e circolazione sorvegliati speciali

LA PREVENZIONE

Nessun sintomo. Si scopre con l'analisi del sangue o quando, dopo un accidente cardiovascolare, che sia infarto o ictus, magari è tardi per lavorare sulla prevenzione. Accidente dovuto al fatto che, con la presenza di alti livelli di colesterolo, i vasi sanguigni si induriscono riducendo lo spazio interno per il passaggio del sangue. Il colesterolo viene introdotto nell'organismo attraverso vari alimenti ma, il corpo umano stesso lo produce. Proprio quando il tasso supera la tollerabilità scatta la situazione di allarme.

«Da affrontare - come spiega Gino Roberto Corazza presidente della Società italiana di medicina interna - prima di tutto con un nuovo regime alimentare e poi, se è necessario, con i farmaci. Principalmente le statine». Studiate per ridurre i tassi ematici di colesterolo cosiddetto cattivo (Ldl), nel ridurre la progressione delle placche aterosclerotiche e svolgere un'azione anti-infiammatoria. E' su questo doppio binario che hanno deciso di muoversi gli speciali-

sti a livello internazionale. Da qui, anche il doppio tipo di ricerche: quelle finalizzate a scoprire gli alimenti anti-colesterolo (quindi cibi come farmaci) e quelle che potrebbero portare in un futuro prossimo a nuove molecole contro le placche.

CIBO E MEDICINE

Negli ultimi anni le novità più importanti sono arrivate dallo studio "farmacologico" dei cibi e degli eventuali integratori. Al centro di un gran numero di ricerche, per esempio, sono le noci. Sì, noci tutto l'anno. Questo consigliano tre studi americani che si sono basati sugli esiti di un megalavoro compiuto su oltre duemila volontari. Risultato: le noci sono in grado di abbassare i livelli di colesterolo cattivo (Ldl), proteggendo dalle malattie cardiovascolari. Ne bastano tre-cinque al giorno.

Il merito sarebbe delle vitamine, dei minerali e dei grassi buoni (omega 3 e omega 6). E poi mezza tazza di fagioli nella zuppa almeno due volte a settimana, l'avena nel latte scremato la mattina, un pezzetto di cioccolato amaro al di (risolveva il valore del colesterolo buono Hdl), gli spinaci, la soia e

l'olio di oliva.

«Sia coloro che hanno i livelli alti perché seguono alimentazione errata, sia quelli che hanno geneticamente questo problema - aggiunge Corazza - devono, prima di tutto, contrastare a tavola il colesterolo oltre il limite. Poi si pensa a tutto il resto, a cominciare dai farmaci».

Per quanto riguarda le uova è bene limitare il consumo. Oppure consumare solo l'albume, la parte bianca dunque, evitando il tuorlo. Scegliere la carne più magra o togliere la parte di grasso visibile prima di cucinarla. «Non troppi prodotti da fast food, moderare l'alcol. Aggiungere sempre abbondanti cucchiaini di fibre, magari in un succo di frutta e bene molta acqua. Ricordarsi che frutta e verdura hanno anche poteri antiossi-

danti e antinfiammatori nei confronti dei vasi».

IL MANGOSTANO

L'ultima speranza anti-colesterolo a tavola arriva dal mangostano, un frutto utilizzato da secoli nella medicina popolare in Oriente. Le sue proprietà sono state sperimentate con risultati soddisfacenti da Felice Strollo, direttore dell'unità di Diabetologia del Santo Spirito di Roma. Da secoli nel Sud Est asiatico il mangostano (il cui sapore cremoso ricorda quello della pesca) viene usato per proteggere lo stato di salute, prevenire le infiammazioni, trattare varie malattie della pelle, abbassare la febbre. Le ricerche sembrano essere promettenti: il mangostano sembrerebbe essere 50 volte più potente della vitamina E come antiossidante, contiene catechina come il tè verde (per mantenere un buon metabolismo, normalizzare il livello dei grassi nel sangue, mantenere sano il sistema immunitario, abbassare i trigliceridi) contiene proantocianidine venti volte più potenti della vitamina C nonché polisaccaridi come l'aloe.

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«PRIMA DI PASSARE EVENTUALMENTE ALLE STATINE SI CAMBI DIETA»

Gino Roberto Corazza
presidente Società
italiana medicina interna

Identikit della malattia

Che cos'è	Buono e cattivo	I valori ottimali	In Italia
È una sostanza grassa, presente nelle cellule e nel sangue, che fornisce l'energia necessaria per il funzionamento del sistema nervoso. La presenza eccessiva di colesterolo nel sangue è però un pericolo per la salute: si deposita sulle pareti delle arterie causandone un'ostruzione parziale o totale	Il colesterolo HDL è quello buono, lo "spazzino" delle arterie: più è alto il livello nel sangue, minore è il rischio cardiovascolare	Colesterolo totale sotto 200 LDL (cattivo) sotto 130 cardiopatici sotto 100	12-18 italiani su 100 soffrono di colesterolo alto
	Il colesterolo LDL è quello cattivo direttamente collegato al rischio cardiovascolare	HDL (buono) UOMINI sotto 39 DONNE sotto 45	20% dopo i 35 anni 30% tra i 55 e i 64 anni 50% oltre i 64 anni
			1 bambino su 4 ha valori di colesterolo patologici 8-12 anni l'età dei bambini in cui si è notata un'alta frequenza di valori a rischio



Olio di mais e broccoli l'aiuto arriva dai fitosteroli



LE PIANTE

Un aiuto, a chi deve abbassare il livello grasso nel sangue, arriva anche dalle piante. Con i fitosteroli e fitostanoli chimicamente simili proprio al nemico da contrastare, il colesterolo. La prima ricerca che ha mostrato l'efficacia degli steroli vegetali risale al 1953. Gli steroli vegetali sono sostanze grasse di origine vegetale presenti in olii (mais, colza, girasole, soia, sesamo, mais) broccoli, cavolfiori, cavolini di Bruxelles, olive, frutta secca e in quantità minori in frutta fresca e verdura. I fitosteroli non possono essere sintetizzati nell'uomo e derivano esclusivamente dalla dieta. La loro azione è quella di impedire l'assorbimento, proprio del colesterolo, al livello intestinale favorendo l'espulsione. Agendo, così, anche in associazione con gli Omega 3, sia sul livello del colesterolo sia su quello dei trigliceridi.

STILE DI VITA

Le forme di ipercolesterolemia più importanti sono quelle familiari in cui esiste un difetto su base genetica che non consente il corretto mantenimento dei livelli di colesterolo a prescindere dallo stile di vita. In questi casi la terapia più utilizzata è quella con farmaci in grado di agire a diversi livelli sul metabolismo delle lipoproteine. Nelle forme più lievi l'approccio si basa essenzialmente su modificazioni della dieta e dello stile di vita.

«Uno stile alimentare che contenga in abbondanza cibi ricchi di fitosteroli - è il parere della Società italiana di medicina generale - come una dieta vegetariana permette di assumere fino a 0,6 grammi al giorno. Il consumo ottimale di steroli vegetali, comunque, per ottenere un significativo effetto di riduzione del colesterolo deve essere di circa 2-2,5 grammi al giorno. Ovvero oltre cinque volte il consumo giornaliero di una dieta regolare». Per essere più chiari: anche la frutta e la verdura fresche contengono fitosteroli, ma in minima parte. Il nostro introito quotidiano non supera i 200-400 mg, una quantità di molto inferiore alla dose efficace contro l'eccesso di colesterolo.

LATTE E YOGURT

I fitosteroli e i fitostanoli vengono addizionati ai latticini come latte e yogurt in cui, parte della materia grassa viene ridotta o sostituita da grassi vegetali. Il sì a questa integrazione è del 2004. Da allora, nella grande distribuzione, sono comparsi prodotti a base di latte con azioni anticolesterolemizzanti e integratori con le stesse sostanze. «Ovviamente - consiglia la Società italiana di medicina generale - queste sostanze integrano il regime dietetico oppure la terapia farmacologica. Non si può pensare che questi integratori da soli possano sopperire ad abusi alimentari e alla sedentarietà. Se si mangia in modo corretto e si integra con i fitosteroli riusciamo ad avere un buon risultato. Che l'assorbimento di colesterolo si riduce del 30-40%». Una condizione che potrebbe consentire di ridurre le dosi di farmaci come le statine.

Ester Maria Lorio

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sì



ANALISI REGOLARI
Non dimenticare, almeno una o due volte l'anno, di sottoporsi ad esami del sangue per controllare il livello di colesterolo



NOCI TUTTO L'ANNO
Duemila volontari testati: per tre ricerche americane il colesterolo si contrasta con 3-5 noci al giorno che abbassano il livello di Ldl



I MEDICINALI
Solo se è necessario si deve ricorrere ai farmaci per ridurre il tasso di colesterolo "cattivo" nei vasi sanguigni

No



AUMENTARE DI PESO
Il mantenimento del peso corretto permette di equilibrare la dose dei grassi nel corpo e di non ostruire lo scorrimento del sangue



POCO FAST FOOD
Moderare i prodotti dei fast food, in particolare i grassi fritti. Poi poco alcol e uova limitate, meglio se si evita il tuorlo



MAL DI TESTA
Non sottovalutare disturbi come mal di testa, giramenti di testa o nausea: potrebbero essere segnali del colesterolo alto