

Rassegna del 10/12/2009

MESSAGGERO - Via libera alla Ru486: l'autorizzazione pubblicata in Gazzetta - ...

TEMPO - "Limitate gli sprechi non renate le nascite" - ...

CORRIERE DELLA SERA - La pillola abortiva arriva negli ospedali - De Bac Margherita

STAMPA - Autorizzata la pillola Ru486 sulla Gazzetta Ufficiale - ...

AVVENIRE - E' vita - Ora un di più di responsabilità per riparare a un danno grave - ...

AVVENIRE - E' vita - Le conseguenze - Una legge, 20 applicazioni diverse? - Scandroglio Tommaso

AVVENIRE - E' vita - Troppi dolori: le donne "bocciano" la pillola - Daloso Viviana

AVVENIRE - E' vita - Ru486, rischio Babele - La Ru486 in Gazzetta Ufficiale, ingiustizia è fatta - Santamaria Gianni

AVVENIRE - E' vita - Intervista a Giuseppe Noia - "Rispettare la vita: ecco la sfida per noi medici" - Vinai Emanuela

MATTINO - Pillola abortiva, da oggi il via libera dell'Aifa - ...

CITY - Pillola abortiva da oggi in vendita - ...

Via libera alla Ru486: l'autorizzazione pubblicata in Gazzetta

ROMA - La pillola abortiva Ru 486 entra in Italia. Sulla Gazzetta Ufficiale è stata pubblicata la delibera di autorizzazione dell'Agenzia italiana del farmaco.

Lo scorso 30 luglio il primo sì. Ma la decisione dell'Aifa non era approdata ancora in Gazzetta. L'atto, rallentato dall'indagine parlamentare che ha chiesto un'ulteriore valutazione di compatibilità con la legge sull'aborto, ora permetterà anche nel nostro paese l'uso di un farmaco utilizzato nel resto del mondo già da 20 anni ma che, in Italia, ha trovato fortissime resistenze guidate dalla componente cattolica parlamentare.

Coloro che hanno sempre ostacolato l'entrata del farmaco si sono appellati al rischio che, con l'arrivo della pillola Ru486, l'aborto avvenga fuori dagli ospedali. Ma la legge italiana in proposito non ammette deroghe: l'interruzione volontaria di gravidanza deve avvenire in ospedale e la donna deve essere seguita per tutto il tempo del trattamento da un'équipe medica.

FARMACO SOLO IN OSPEDALE

*Niente day
hospital:
sarà necessario
il ricovero*

Il farmaco non potrà essere venduto in farmacia ma solo utilizzato all'interno di strutture del servizio sanitario. La pillola «è pienamente coerente con l'esigenza di garantire che il percorso abortivo avvenga in ambito ospedaliero» come raccomandato dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi. Le parole del ministro: «O si eseguono le indicazioni della 194 o vi saranno azioni conseguenti». Dal governo potrebbero arrivare quindi nuove decisioni, anche con le regioni, per assicurare che l'intera procedura avvenga in un ambiente sicuro e protetto. Resta, nei fatti, la possibilità per la donna di uscire, firmando e prendendosi le proprie responsabilità per questa scelta.

ELABORAZIONE: LUCCHINI

Cicchi, quello in cella: «Sto male»

PREZZI: I PREZZI SONO IN EURO IVA INCLUSA

FIAT QUBO. STATUS SIMPLE. € 9.950

Ru486 Ora «l'immissione in commercio» è ufficiale

La pillola abortiva arriva negli ospedali

Pubblicata la decisione, sarà operativa tra 15 giorni

ROMA — Questa volta si può dire, senza il rischio di ulteriori colpi di scena. La pillola abortiva entra nel prontuario italiano. Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del documento in cui l'Agenzia del farmaco autorizza «l'immissione in commercio» e stabilisce come dovrà essere utilizzata. Solo in ospedale «nel rigoroso rispetto della legge 194 sull'aborto» e con la garanzia del ricovero «dal momento dell'assunzione fino all'avvenuta espulsione».

Ci vorranno però almeno 15 giorni prima che la Ru 486 arrivi materialmente ai servizi pubblici. Il tempo minimo necessario all'azienda produttrice, la francese Exelgyn, per far stampare e applicare sulle confezioni il bollino ottico che riporta i dati del bollettino. Ci sono voluti quasi due anni per avere la pillola a base di mifepristone. Avrebbe potuto essere una formalità, visto che è un vecchio medicinale. Ma il fronte cattolico ha messo in campo tutte le

forze per ostacolarlo. Ultimo tentativo, la richiesta rivolta all'Aifa dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi di rivedere la delibera di approvazione con l'aggiunta di chiarimenti indicati dalla Commissione Sanità del Senato dopo un'indagine conoscitiva. Si proponeva di specificare che il farmaco fosse dato in regime di ricovero ordinario per assicurare la compatibilità con la legge 194 sull'aborto e scongiurare il ricorso al day hospital. L'Aifa ha invece confermato la delibera già pronta. «Ora il rischio è che le Regioni si comportino in 21 modi diversi — commenta il sottosegretario al Welfare, Eugenia Roccella —. E chi garantisce controllo e prevenzione? Abbiamo inviato il nostro parere alla Comunità Europea. E' tutta da vedere poi la questione del secondo farmaco, che viene dato per l'espulsione, non chiarita dall'Aifa».

Margherita De Bac

la pillola abortiva arriva negli ospedali

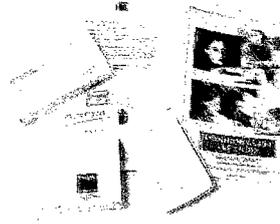
Rinnova e risparmia con HP

visit the site hp.com/it/roma

L'ULTIMO ATTO

Autorizzata la pillola Ru486 sulla Gazzetta Ufficiale

■ La pillola abortiva Ru486 arriva in Italia: l'ultimo atto dell'iter si è consumato ieri con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della delibera di autorizzazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Lo scorso 30 luglio scorso il primo sì. Ma la delibera dell'Aifa non era approdato ancora in Gazzetta. L'atto, rallentato dall'indagine parlamentare che ha chiesto una ulteriore richiesta di compatibilità con la legge sull'aborto, ora permetterà anche in Italia l'uso di un farmaco che nel mondo è usato da 20 anni. Gli oppositori del



La sperimentazione

farmaco si sono appellati al rischio che con l'arrivo della pillola l'aborto avvenga anche in Italia fuori dagli ospedali. Ma la legge italiana non ammette eccezioni: l'Ivg deve avvenire in ospedale.





Ora un di più di responsabilità per riparare a un danno grave

Ultimo atto. Verrebbe da aggiungere: per ora. Perché se è vero che ieri sera l'annunciata pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dell'atto formale (già più volte approvato) dell'Agenzia del farmaco dà il via libera all'uso della pillola abortiva negli ospedali italiani, ci sono alcuni punti determinanti sui quali vanno ancora assunte decisioni chiare. Non è stato affatto sgombrato il campo, per cominciare, dai pesanti dubbi di incompatibilità materiale tra l'uso della Ru486 e una legge come la 194 inalberata come totem dagli stessi fan dell'aborto fatto passare per «dolce». E se l'obiettivo fosse lo smantellamento pratico della legge che pretendono intoccabile? Nessuna meraviglia: in Francia è già successo. Ora occorre un surplus di responsabilità per sopperire a quella di chi, al momento di prendere decisioni gravi, l'ha messa nel cassetto.



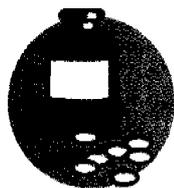


Una legge, 20 applicazioni diverse?

le conseguenze

di Tommaso Scandroglio

Se non sarà presto messo un freno autorevole, si va verso una situazione paradossale: donne incoraggiate a cercare la Regione dove la pillola si dà in day hospital con un protocollo meno «rigoroso»



Introdurre la Ru486 nel nostro Paese senza rispettare quanto la 194 disciplina sulle modalità attraverso le quali

deve avvenire un aborto potrà provocare una situazione a dir poco paradossale. Potrà cioè accadere che ogni Regione decida in modo autonomo, con un proprio protocollo, le modalità di somministrazione della pillola abortiva, i tempi di degenza della donna e conseguentemente il luogo dove avverrà l'aborto. Ci saranno quindi donne che presa la pillola in ospedale saranno rispedite a casa, altre che rimarranno in ospedale solo per il tempo di un day-hospital, altre infine che - così come vuole la legge - potranno accedere unicamente al ricovero ordinario, ricovero assai più lungo e sicuro.

Dopo la pubblicazione della «determina» definitiva ieri sera in Gazzetta Ufficiale, prende corpo il timore espresso da Eugenia Roccella, sottosegretario al Welfare, secondo la quale potrebbe profilarsi «il

rischio che ci siano 20 o 21 protocolli diversi da Regione a Regione, mentre la legge 194 è

una legge nazionale che va rispettata nello stesso modo». Perché tale rischio? L'articolo 8 della legge dispone che tutto l'iter abortivo debba iniziare e finire in ospedale. In nessuna parte della legge c'è scritto che si può abortire a casa. Lo stesso Umberto Veronesi, abortista convintissimo, sull'ultimo numero di *Grazia* scrive che è necessario che questa nuova procedura abortiva «avvenga in un ospedale».

Ma perché la donna non potrebbe far ritorno liberamente tra le pareti domestiche dopo aver preso la prima pillola abortiva? A motivo della sua salute. La pillola abortiva presenta infatti gli stessi rischi per la salute rispetto a un intervento abortivo chirurgico solo se la donna viene trattenuta in ospedale in ricovero ordinario, perché solo lì può essere monitorata giorno

e notte. Delegare di fatto alle Regioni le modalità di assunzione della pillola e degenza della donna, così come vuole l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) potrebbe spingere le donne che vogliono abortire a recarsi in quelle Regioni dove è escluso il ricovero ordinario, illudendosi così di poter praticare un aborto "più facile".

Ci troveremmo perciò di fronte a uno strano e grottesco turismo abortivo nazionale, alla ricerca dell'aborto più



(apparentemente) soft. Un'ultima domanda: perché tanto accanimento da parte di una certa cultura pro-choice affinché si possa abortire lontano dalle strutture sanitarie nonostante sia più pericoloso? Perché l'intento è di privatizzare sempre più l'orrore che resta la soppressione di una vita umana indifesa, di soffocare sotto una cappa di chiacchiere ideologiche le grida di sofferenza psicologica delle donne che hanno abortito, di isolare la donna e di tenerla lontana dai luoghi pubblici mentre priva della vita suo figlio con le proprie stesse mani, indotta dai medici. Tutto questo affinché nessuno si possa accorgere di quello che realmente è e resta l'aborto.



Troppi dolori: le donne «bocciano» la pillola



Ma della pillola abortiva cosa pensano le donne, e in particolar modo quelle che l'hanno usata? A rispondere, nella

ricerca pubblicata qualche giorno fa sulla rivista *Health Technology Assessment*, ha provato un'équipe di medici britannici, con il più consistente campione di pazienti mai utilizzato finora: 1877 donne, tutte in gestazione da meno di 14 settimane (i termini dell'aborto così come sono previsti dalla legge britannica). Di loro la metà si è sottoposta all'aborto chirurgico, metà a quello con la pillola, nella modalità che non prevede il ricovero ospedaliero (per intendersi, le donne hanno preso la pillola in ospedale e vi sono tornate a distanza di 36/48 ore per l'espulsione del feto).

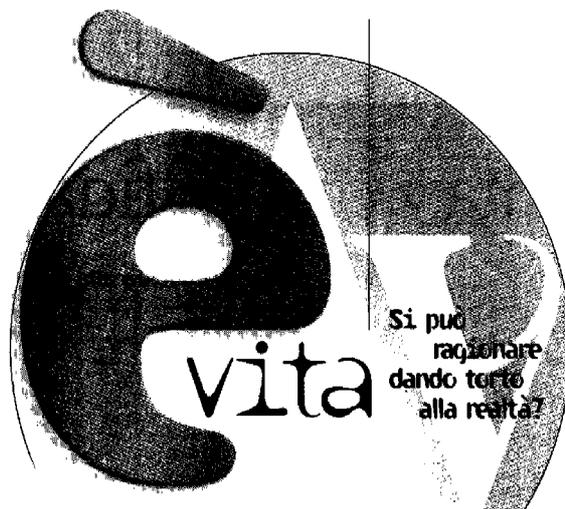
Risultato: mentre le pazienti sottoposte all'intervento sceglierebbero nuovamente la modalità chirurgica per l'interruzione di gravidanza, quelle che hanno assunto la Ru486 no. E questo almeno fino a tre mesi dopo l'aborto: in pratica, i ricercatori hanno evidenziato una insoddisfazione generale e persistente delle donne rispetto al metodo chimico. Il motivo è presto spiegato: in base alla ricerca le pazienti che hanno abortito con la Ru486 soffrono di più. In particolar modo queste donne avrebbero avvertito con più insistenza dolori alla pancia e forti crampi, per non parlare delle emorragie. E c'è di più: un numero più alto di eventi avversi e di situazioni di inaspettata emergenza (che hanno causato il ritorno in ospedale) è stato registrato proprio fra le pazienti che avevano preso la pillola.

Senza contare altri aspetti "minoritari" della ricerca, e tuttavia significativi rispetto al dibattito nostrano sull'utilità e la sicurezza del farmaco: lo studio ha infatti evidenziato come il metodo chimico sia meno efficace - anche se indubbiamente meno costoso - di quello chirurgico. E come, chiesto loro di fare un bilancio generale di come si siano sentite nel

percorso di interruzione di gravidanza, le pazienti abbiano giudicato meglio l'aborto chirurgico sia dal punto di vista tecnico che da quello dei rapporti interpersonali e dell'assistenza dei medici. Una prova di come il ricovero e il monitoraggio costante del personale sanitario permettano alle donne che affrontano il dramma dell'aborto di non sentirsi sole.

Viviana Daliso





Ultimo strappo. Concluso il discutibile iter della pillola abortiva. E si prospetta una situazione paradossale: ogni Regione potrebbe decidere in modo diverso

Ru486, rischio Babele

In Gazzetta Ufficiale l'autorizzazione all'entrata in commercio

- Da oggi il farmaco può essere utilizzato in tutti gli ospedali. Le indicazioni dell'Aifa prevedono l'utilizzo al massimo entro la settima settimana di gestazione
- Obbligatorio il ricovero ospedaliero, che va garantito dall'assunzione del prodotto fino all'espulsione del feto come prevede la legge 194
- Permangono i numerosi interrogativi più volte denunciati. C'è il pericolo di un'applicazione discrezionale e a macchia di leopardo sul territorio



NELL'INSERTO È VITA

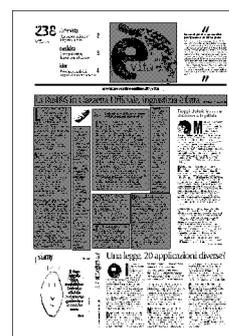
La Ru486 in Gazzetta Ufficiale, ingiustizia è fatta di Gianni Santamaria

La pillola abortiva Ru486 da oggi potrà essere utilizzata da tutte le strutture sanitarie italiane. Come era da tempo in programma, ieri, infatti, è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la "determina" con cui l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) autorizza l'immissione in commercio del Mifegyne, prodotto dalla francese Exelgyn. Le indicazioni terapeutiche stabilite dall'Aifa prevedono l'utilizzo della pillola abortiva al massimo entro la settima settimana di gestazione, vincolandolo al ricovero ospedaliero, che va garantito

dall'assunzione del farmaco all'espulsione del feto, nel rispetto, secondo le intenzioni dell'Aifa, della legge 194 sull'aborto.

Nei giorni scorsi era divampata l'ultima polemica sul controverso prodotto abortivo, quando l'Aifa ha deciso di non modificare la delibera del 30 luglio scorso che autorizzava l'immissione in commercio della pillola, malgrado la richiesta del ministro Sacconi di ulteriori precisazioni circa la necessità del ricovero ospedaliero. Fermo sulle posizioni finora assunte dal suo ministero il commento

rilasciato ieri in tarda serata – a caldo, subito dopo la diffusione della notizia –



dal sottosegretario al Welfare Eugenia Roccella. «Resta il parere del ministro Sacconi che sarà portato alla Commissione europea. E quindi la verifica della compatibilità con la legge vigente, che non spetta all'Aifa bensì al ministro e, come da direttiva europea, agli organi legislativi».

La Roccella non nasconde, comunque, la preoccupazione per il fatto che sul versante dei ricoveri possano essere attuate diverse procedure sul territorio nazionale, visto che sulla sanità ampi sono i poteri delle Regioni. «Vigileremo e ci attiveremo, affinché ciò non avvenga – promette il sottosegretario –, perché non è possibile che una legge sia applicata in 21 modi diversi». A livello di ipotesi, la Roccella accenna anche a un passo che il ministero potrà compiere verso l'agenzia, in modo da sollecitarla a «esercitare il monitoraggio e la farmacovigilanza che le competono». La pubblicazione definitiva sulla Gazzetta arriva dopo mesi di aspre polemiche. E dopo la conclusione di un'indagine conoscitiva messa in campo dal Senato che – avendo portato avanti una lunga serie di audizioni nelle quali è stata sollevata anche la questione della pericolosità

della sostanza e della numerose morti che ha causato – si è conclusa con la richiesta del parere a Sacconi, il quale a sua volta ha sottolineato l'obbligo previsto dalla 194 che il ricovero debba essere di carattere ordinario – nel quale comunque la donna così come stanno le cose potrebbe sempre firmare e andarsene –, non in regime di day hospital. Sulla necessità del ricovero si sofferma a lungo il punto 3 della delibera Aifa, ma la parola «ordinario» non compare.

«**T**utto il percorso abortivo – si legge – deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico-ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui rischi connessi», oltre all'attento monitoraggio «per ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali

emorragie, infezioni ed eventi fatali». Proprio «con particolare

riguardo alle possibili reazioni avverse, tenuto conto anche del riassunto delle caratteristiche del prodotto approvato dei dati disponibili di farmacovigilanza nonché della bibliografia disponibile, che avvertono sui rischi teratogeni (cioè mortali ndr) connessi alla possibilità del fallimento di interruzione farmacologica di gravidanza e del sensibile incremento del tasso di complicazioni in relazione alla durata della gestazione, l'assunzione del farmaco deve avvenire entro la settima settimana di amenorrea».

Un dato non da poco: sono 29 i decessi segnalati dalla stessa azienda produttrice, di cui 17 per uso abortivo. Di questi 7 sono dovuti al micidiale batterio Clostridium Sordellii, che causa choc settico, 4 sono legati alla "privatizzazione" della procedura (quindi al mancato ricovero), sei restano non spiegati. Dalle statistiche risulta che l'aborto chimico ucciderebbe 10 volte di più di quello chirurgico. Seza contare gli effetti non sul corpo delle donne ma sull'immaginario collettivo, dove potrebbe passare l'idea che l'aborto così sia più semplice e indolore. Infine, last but not least, la determina dà conto delle confezioni e dei prezzi che la sostanza avrà. La confezione da una compressa da 200 mg avrà un prezzo ex factory (cioè alla casa produttrice) di 20 euro, al pubblico di 33,01 euro. Quella da tre compresse costerà rispettivamente 66 euro per l'azienda, 99,02 euro al pubblico.

Lo strappo è consumato: la pubblicazione ieri sera del nulla osta dell'Agenzia del farmaco all'uso in ospedale apre alla pillola abortiva le porte del nostro Paese, al termine di una battaglia che ha opposto le ragioni della medicina e della salute femminile a quelle dell'ideologia. Ma la partita non è chiusa Eugenia Roccella: «Resta il parere del ministro Sacconi che sarà portato alla Commissione Ue. La verifica della compatibilità con la 194 non spetta all'Aifa ma al governo e, come da direttiva europea, agli organi legislativi»

box

I «vincoli per l'utilizzo»: ricovero e stretta sorveglianza medica

L'articolo 3 della "determina" pubblicata ieri in Gazzetta Ufficiale dispone i decisivi «Vincoli del percorso di utilizzo». Eccoli: «L'impiego del farmaco deve trovare applicazione nel rigoroso rispetto dei precetti normativi previsti dalla Legge 22 maggio 1978, n. 194 a garanzia e a tutela della salute della donna; in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della citata Legge 194/78 dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento. Tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali. Con particolare riguardo alle possibili reazioni avverse, tenuto conto anche del riassunto delle caratteristiche del prodotto approvato dei dati disponibili di Farmacovigilanza nonché della bibliografia disponibile, che avvertono sui rischi teratogeni connessi alla possibilità del fallimento di interruzione farmacologica di gravidanza e del sensibile incremento del tasso di complicazioni in relazione alla durata della gestazione, l'assunzione del farmaco deve avvenire entro la settima settimana di amenorrea. E' rimesso alle autorità competenti, nell'ambito delle proprie funzioni, di assicurare che le modalità di utilizzo della specialità medicinale Mifegyne ottemperino alla normativa vigente in materia di interruzione volontaria di gravidanza e alle disposizioni di cui sopra».



«Rispettare la vita: ecco la sfida per noi medici»

di Emanuela Vinai



L'intervista

La maternità si scontra oggi con i rischi di una eccessiva medicalizzazione della gravidanza: dall'ossessione del figlio perfetto, alla diagnosi prenatale, passando per gli strumenti che banalizzano l'aborto come Ru486 e pillola del giorno dopo. Servono nuovi valori e la formazione del personale sanitario e delle coppie. Come spiega il ginecologo Giuseppe Noia

In un tempo in cui si assiste ad una sorta di "schizofrenia culturale" per la quale l'autodeterminazione assoluta si scontra - e ha spesso la meglio - con i diritti del più piccolo tra gli esseri umani, l'embrione, è opportuno cercare di mettere dei "punti fermi". Non solo per porre un freno alla deriva antropologica in atto, che banalizza azioni e soprattutto scelte da cui poi non si può più tornare indietro, ma anche per fare chiarezza e costruire ponti di condivisione, ripercorrendo la nostra antropologia di riferimento e cercando risposte a domande che interrogano il nostro stesso essere umani. Ne abbiamo parlato con il

professor Giuseppe Noia, ginecologo, neo presidente dell'Aigoc (l'Associazione dei ginecologi di ispirazione cristiana) e responsabile del centro di diagnosi e terapia fetale presso il Policlinico Gemelli di Roma.

Il sempre più diffuso utilizzo dei mezzi diagnostici in gravidanza ha portato a due forme di estremismo egualmente diffuse: da un lato l'ossessione del "figlio perfetto", dall'altro la "demonizzazione" della diagnosi prenatale perché considerata come strumento di eugenetica. Qual è il suo pensiero e quali le soluzioni per disinnescare queste due pericolose derive?

«Il discernimento etico ci aiuta a non avere paura della scienza o delle conoscenze e tecnologie che sono applicate al prenatale. Oggi possiamo chiederci: "Chi ha paura di Galileo? Chi ha paura della scienza?". Non abbiamo paura della scienza, ma abbiamo paura di "come" viene usato Galileo, di "come" viene usata la scienza! Un "coltello" (per esempio la diagnosi prenatale) può essere usato sia per uccidere una persona, sia per tagliare un pezzo di pane e dividerlo con chi non ce l'ha. Stessa conoscenza usata in due modi completamente opposti nei confronti della persona umana. Una buona etica ci aiuta a fare una buona scienza».

La diagnosi prenatale consente di intervenire con successo in casi che una medicina deresponsabilizzante ha dato per persi. Ritene possibile e auspicabile che venga fatta una formazione specifica ai medici di famiglia o ai ginecologi, che così



saprebbero indirizzare o consigliare in maniera più precisa le donne? Oppure parlarne in maniera divulgativa, ma non per questo meno rigorosa, per esempio, nei corsi per fidanzati?

«Ritengo non solo possibile, fattibile e auspicabile, ma doverosa e ineludibile una formazione dei medici di famiglia e dei ginecologi e anche nei corsi per fidanzati, modulandola, ovviamente, in base al grado di cultura e preparazione scientifica. L'emergenza educativa deve avere un obiettivo metodologico: aiutare il passaggio che porti dalla informazione alla conoscenza».

Oggi è in atto una vera e propria "aggressione alla maternità": Ru486, pillola del giorno dopo, autodeterminazione assoluta. Nella sua esperienza di ginecologo e neonatologo, dove è necessario agire per contrastare questa deriva antropologica?

«Questo è un punto molto importante: la formazione non può essere solo tecnica, ma per attuare il passaggio dall'informazione alla conoscenza c'è bisogno di far capire la rivoluzione antropologica che si sta attuando negli ultimi decenni sul significato stesso di persona umana, sulla sua dignità e sulla sua verità ontologica. C'è bisogno quindi di educare il cuore con le ragioni della ragione scientifica, filosofica, giuridica e antropologica, poiché gli occhi del corpo non riescono più a vedere "oltre". La medicina non è onnipotente e, dove non può più la cura, c'è l'accompagnamento.

In questo senso l'esperienza della "Quercia millenaria" fa scuola.

«Sì. La Quercia Millenaria, associazione di famiglie che accompagnano feti terminali - feti, cioè, che sin dal terzo quarto mese sono conosciuti per essere destinati, per la loro storia naturale, comunque a morire dopo la nascita - dimostra che il cuore di queste madri, "educato" da questo abbraccio di sofferenza per i loro figli, vede "oltre" la malformazione grave, vede la realtà di un figlio malato gravemente, vede che si può amare sempre e nella più piena gratuità, portandosi nel cuore il ricordo perenne di aver dato vita e amore fino alla fine. Le loro storie esprimono la "storia" meravigliosa e unica della simbiosi tra madre e figlio, simbiosi biologica e spirituale di due esistenze intrecciate e libere contemporaneamente che, come dice Hannah Arendt, anche se devono morire, come tutti gli esseri umani, vengono al mondo però "non per morire, ma per incominciare"».

box

Educare alla procreazione: l'impegno dei ginecologi di ispirazione cristiana

«Il rispetto per la sessualità umana e per la procreazione sono elemento costitutivo e parte integrante del rispetto della dignità umana in generale e richiedono che si osservino dei limiti etici per proteggerne l'integrità». Queste le prime righe dello Statuto dell'Aigoc, la neonata associazione che riunisce i ginecologi e gli ostetrici di ispirazione cristiana. Preambolo impegnativo ma necessario in questa fase storica e sociale in cui ai professionisti della sanità e, in particolare ai ginecologi e agli ostetrici è richiesto un surplus di cautela e di discernimento. Tale impegno deriva dalla conside-

razione che gli attacchi al valore della vita si stanno concentrando sulla fase del concepimento e della vita prenatale e ne sono traccia evidente il recente dibattito sulla Ru486, le discussioni sulla pillola del giorno dopo, la continua offensiva che mira alla destabilizzazione della Legge 40. L'Aigoc non si colloca come alternativa all'Amci, ma opera in piena sintonia con questa, operando attivamente attraverso strumenti e competenze che le consentono di inserirsi a pieno titolo nel dibattito culturale sulla difesa della vita nascente. (info: ufficiostampa.aigoc@libero.it o al numero 392-1140128). (Em.Vi.)

Ru486 Sulla Gazzetta Ufficiale

Pillola abortiva, da oggi il via libera dell'Aifa

Il farmaco prodotto da un'azienda francese garantito con il ricovero

ROMA. Via libera definitivo alla pillola abortiva RU486 che, a partire da oggi potrà essere utilizzata nelle strutture sanitarie italiane. È stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale di ieri la determina con cui l'Agenzia del Farmaco (Aifa) autorizza l'immissione in commercio del medicinale Mifegyne, prodotto dall'azienda francese Exelgyn. Le confezioni autorizzate sono da una compressa da 200 mg e da tre compresse sempre da 20mg. Il farmaco potrà essere utilizzato solo in una struttura ospedaliera. La prima decisione dell'Aifa risale al 30 luglio. L'autorizzazione è stata confermata nell'ultima riunione del Cda dell'Aifa il 2 dicembre scorso dopo la richiesta del ministro Sacconi di ulteriori precisazioni sulla necessità del ricovero ospedaliero per rendere l'uso del farmaco compatibile con la legge sull'aborto in Italia.

Dunque, secondo le indicazioni dell'Aifa, la Ru486 potrà essere dispensata al massimo entro la settima settimana di gestazione, solo in ospedale e in particolare «deve essere garantito il ricovero in una

delle strutture sanitarie individuate dall'articolo 8 della Legge 194/78» per il periodo che va «dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento». L'aborto farmacologico dovrà inoltre avvenire «sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui rischi connessi», oltre all'attento monitoraggio «per ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali».

L'atto, rallentato dall'indagine parlamentare che ha chiesto una ulteriore richiesta di compatibilità con la legge sull'aborto, ora permetterà anche in Italia l'uso di un farmaco utilizzato nel resto del mondo già da 20 anni ma che in Italia ha trovato fortissime resistenze. Gli oppositori del farmaco si sono appellati al rischio che con l'arrivo della pillola l'aborto avvenga anche in Italia fuori dagli ospedali. Ma la legge italiana in proposito non ammette eccezioni: l'Ivg deve avvenire in ospedale e la donna deve essere seguita da un medico.



Rassegna del 10/12/2009

TIRRENO - Da oggi in commercio la Ru486 Sarà utilizzata solo in ospedale - ...

1

Da oggi in commercio la Ru486 Sarà utilizzata solo in ospedale

ROMA. Dopo tante polemiche la pillola abortiva RU486 da oggi potrà essere utilizzata da tutte le strutture sanitarie italiane. È stata pubblicata infatti ieri nella Gazzetta Ufficiale la disposizione con cui l'Agenzia del Farmaco autorizza l'immissione in commercio del farmaco Mifegyne, prodotto dalla casa francese Exelgyn. Le indicazioni terapeutiche stabilite dall'Aifa prevedono l'utilizzo della pillola abortiva al massimo entro la settima settimana di gestazione, «in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine».

La RU486 è vincolata al ricovero ospedaliero, che va garantito dall'assunzione del farmaco all'espulsione del feto, nel rispetto della legge 194 sull'aborto. «Tutto il percorso abortivo - si legge nella delibera dell'Aifa - deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale».



La pillola Ru486



Rassegna del 10/12/2009

CONFIDENZE - La pillola che fa discutere - A.C.

1



LA PILLOLA CHE FA DISCUTERE

Ora anche in Italia
è in vendita la RU486,
la pillola per abortire senza
intervento chirurgico.

Ne abbiamo parlato con
Paolo Perugini, ginecologo
dell'Ospedale San Camillo
di Roma. Chi può assumere
la pillola RU? «Qualunque
donna in buona salute.

Non ha particolari
controindicazioni».

Come agisce? «Contiene
mifepristone, una sostanza
che blocca l'attività del
progesterone, l'ormone che
favorisce la gravidanza.

Vanno assunte due pillole
a 48 ore di distanza». **A.C.**

LA BATTAGLIA PER LA RIPARTIZIONE DEI SOLDI FRA LE REGIONI

Scontro sulla sanità ligure

Scintille fra il governatore e Sacconi. A Roma spiraglio sui fondi

GENOVA. Claudio Burlando, governatore della Liguria, replica duramente al ministro Maurizio Sacconi sulla ripartizione dei fondi per la Sanità. La Liguria rischia un taglio che Burlando giudica immotivato e ingiusto. Dal faccia a faccia tra i due emerge l'ipotesi di un compromesso.

COSTANTE e PARODI >>> 3

Sanità, la Liguria sfida Sacconi

Burlando accusa il ministro in visita a Genova: «Sui posti letto tagliati hai mentito»

GENOVA. I microfoni delle televisioni captano una frase, una sola: «Tu hai detto una cosa non esatta: noi in Liguria abbiamo già chiuso mille posti letto». Il «fuorionda» è del presidente della Regione, Claudio Burlando; il suo interlocutore è il ministro del Welfare, Maurizio Sacconi. La location: il parco di Villa Quartara dove ieri, entrambi, hanno partecipato all'inaugurazione del Centro internazionale di studi e formazione «Germana Gaslini». Ma a catalizzare l'attenzione è stata la battaglia sul riparto del Fondo nazionale della sanità che per il 2010, secondo lo schema del ministero del Welfare, dovrebbe togliere alla Liguria circa 129 milioni e mezzo. Impostazione che Sacconi ha difeso: «Le risorse devono essere distribuite con equità». Avvertendo anche che «si deciderà d'intesa con il governo» e che non si accetteranno soluzioni che siano «una mediazione tra cartelli di Regioni. Ne va della coesione nazionale».

Il faccia a faccia improvvisato tra Sacconi e Burlando comincia qualche minuto dopo le 11. Il ministro del Welfare arriva per primo e per primo commenta la giornata che sta per iniziare a Roma dove è in programma l'incontro dei presidenti delle Regioni per il riparto del Fondo. È irremovibile: «Bisogna cominciare ad avere criteri omogenei in base a costi standard e con il federalismo fiscale ci dovremo arrivare. I costi standard sono i costi migliori: se in una regione ci sono costi migliori perché non si devono avere anche in altre?». Un quarto d'ora dopo entra in scena il presidente della Regione, Burlando. Si infila la mano in tasca ed estrae tre fogli che mostra al ministro: il primo è la progressione dei bilanci

della sanità ligure, gli altri due documentano la proposta del governo e le variazioni di fabbisogno delle Regioni italiane: «Così la Liguria fa un passo indietro inaccettabile, tra quelle accompagnate siamo l'unica regione ad avercela fatta, ma così ci ricacciano nel baratro». Burlando e Sacconi parlottano per qualche minuto, poi entrano nella villa per il taglio del nastro. Ma la faccenda non è risolta. Nel suo intervento Burlando cita per quattro volte il termine risorse. Lancia segnali difficili da non cogliere: «Per portato storico a Genova ci sono tre ospedali gestiti da altri enti», riferimento ai due ospedali della Curia e all'Evangelico delle chiese protestanti. Sacconi restituisce la cortesia: «Non ci saranno più fondini aggiuntivi: queste sono le risorse e saranno accompagnate dalla deterrenza della pressione fiscale e del commissariamento».

Il duello avviene davanti al bel mondo scientifico, culturale e imprenditoriale della città. E ai politici: il sindaco di Genova Marta Vincenzi, il presidente della Provincia Alessandro Repetto e, sempre molto vicino al ministro, Sandro Biasotti, candidato del centrodestra alla presidenza della Regione Liguria. Padrone di casa è il cardinale Angelo Bagnasco, arcivescovo di Genova, presidente della Cei, al vertice tanto del Gaslini quanto del Galliera. Qualità che lo rendono interessato in prima persona al dibattito sul riparto dei fondi per la sanità. Così quando il ministro Sacconi, costretto a lasciare il convegno prima della fine, si sporge per salutare Bagnasco sulle labbra del presidente della Cei sembra di leggere il rimando ad un incontro romano. Domani l'agenda dell'alto prelado po-



trebbe consentire un colloquio con il ministro.

Nel pomeriggio, quando i protagonisti tacciono, a tenere viva l'attenzione sul problema dei fondi per la sanità sono i consiglieri regionali del Pdl, Gianni Plinio e Matteo Rosso. E il coordinatore regionale del partito, Michele Scandroglio: «Neppure il compagno Errani difende più il compagno Burlando».

ALESSANDRA COSTANTE

costante@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL TAGLIO AL FABBISOGNO 2009/10

	EURO	VAR. %
ITALIA	1.799.697.899	+1,78
SARDEGNA	35.365.709	+1,26
SICILIA	215.840.440	+2,62
CALABRIA	-14.988.067	-0,44
BASILICATA	-14.254.158	-1,39
PUGLIA	89.658.221	+1,33
CAMPANIA	127.805.760	+1,35
MOLISE	-1.395.065	-0,25
ABRUZZO	59.712.568	+2,66
LAZIO	343.073.229	+3,70
MARCHE	37.119.638	+1,38
UMBRIA	9.355.191	+0,60
TOSCANA	39.071.971	+0,60
E. ROMAGNA	94.607.958	+1,26
LIGURIA	-129.392.650	-4,75
FRIULI	3.352.113	+0,16
VENETO	273.914.457	+3,39
TRENTO	21.926.895	+2,54
BOLZANO	-5.178.895	-0,62
LOMBARDIA	554.448.084	+3,43
V.D'AOSTA	1.351.109	+0,62
PIEMONTE	58.303.392	+0,76

GRAFICI **IL SECOLO XIX**

Sanità Il governo ha dato al Lazio quanto doveva

■■■ CESARE CURSI*

■■■ In questi anni la giunta regionale di sinistra, ci ha abituato a un'originale gestione della sanità pubblica: annunci, smentite e polemica col governo nazionale. Un tentativo maldestro di nascondere il fallimento - totale - di una intera legislatura. La lettera di qualche giorno fa, alle massime cariche dello stato, in cui si disegnava l'ennesimo tentativo del governo Berlusconi di aver tramato chissà quale congiura contro la Regione Lazio aveva l'obiettivo di creare confusione verso una situazione, di per sé, semplicissima.

INTERVENTO a pag. 57

Intervento

Il governo nazionale ha fatto di tutto per la sanità del Lazio

■■■ CESARE CURSI*

■■■ In questi anni la giunta regionale di sinistra, ci ha abituato a un'originale gestione della sanità pubblica: annunci, smentite e polemica col governo nazionale. Un tentativo maldestro di nascondere il fallimento - totale - di una intera legislatura. La lettera di qualche giorno fa, alle massime cariche dello stato, in cui si disegnava l'ennesimo tentativo del governo Berlusconi di aver tramato chissà quale congiura contro la Regione Lazio aveva l'obiettivo di creare confusione verso una situazione, di per sé, semplicissima.

Sarebbe bastata una telefonata alla ragioneria generale per capire che lo Stato ha erogato finora all'ex Giunta Marrazzo esattamente quanto le doveva. Semmai, al contrario, la politica sanitaria dell'esecutivo regionale ha mancato gli obiettivi previsti dal Piano di Rientro e continua ad operare in disavanzo finanziario e, quindi, ogni eventuale trattamento di favore da parte del governo sarebbe stato discriminatorio e penalizzante di fronte ai sacrifici operati dalle altre Regioni.

L'ultima richiesta di 4 presunti miliardi di euro di crediti è una farsa. Tale importo, suddiviso in circa 2,2 miliardi di euro per fiscalità pregressa e 1,73 mld per residue spettanze a titolo di finanziamento premiale da parte del Servizio sanitario nazionale, ha solo valore giornalistico non ha nessun fondamento ragioneristico.

Dei 2,2 mld richiesti per fiscalità di competenza solo circa 373 milioni di euro sono riferiti al 2007 e quindi esigibili. Per ciò che riguarda il 2008, pari a

circa 930 milioni di euro rideterminati in 870, e addirittura il 2009, pari a 911 milioni di euro, la Ragioneria dello Stato sta erogando al Lazio gli acconti previsti in ragione dell'incasso effettivo delle imposte. Tale trattamento è assolutamente paritario con quello riservato alle altre Regioni. Vorrei ricordare che la fiscalità regionale del 2009 lo Stato la incasserà non prima di luglio-agosto 2010. Chiederla ora appare del tutto strumentale.

Per l'altro 1,7 miliardo di euro riferiti a pregressa premialità i fatti dicono ben altro. Al Lazio non spetta l'erogazione di quote premiali perché ha mancato gli obiettivi previsti dal Piano di Rientro. In particolare non ha rispettato i tetti della spesa



farmaceutica ospedaliera e soprattutto, quelli previsti dalla manovra di riduzione dell'anno 2009 operata dal Commissario Marrazzo, pari a 1.007 milioni di euro totali, il cui riscontro si è fermato al 69% delle economie necessarie. Ho paura che i risultati definitivi saranno ancora più modesti.

La Regione Lazio avrà, come le altre Regioni, quello che le è in effetti dovuto. Senza privilegi e/o penalizzazioni. E' stata data rassicurazione che dei 2,2 miliardi di euro di fiscalità addizionale richiesti ben 1,5 miliardi di euro saranno erogati entro gennaio 2010. I restanti nel corso dello stesso anno anche se di ammontare rideterminato.

Cosa diversa è, come detto, la questione relativa alle quote di premialità degli anni passati. È scritto tutto nell'Accordo firmato nel Febbraio 2007. All'art. 5 è espressamente stabilito che in caso di verifica negativa dello stato di attuazione del programma di rientro è "... prevista la sospensione dell'erogazione del maggior finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Si aggiunga che la stessa Regione è stata agevolata nel corso di Giugno 2009, ai sensi del c.2 art.1 del decreto-legge 154/2008, di una anticipazione straordinaria di circa 828 milioni di euro sulla sola promessa che avrebbe risanato i conti della sanità. Sempre il Tavolo Tecnico di cui sopra, in data 4 agosto 2009, ha sancito la mancanza di manovra necessaria per il 2009 pari a 332 milioni di euro, oltre alla conferma delle inadempienze regionali per gli anni 2006 e 2007 e l'ulteriore disavanzo non coperto pari a 74,5 milioni di euro per il 2008.

La Regione Lazio, in definitiva, ha avuto dal Governo tutto quello che le era dovuto in relazione alle erogazioni già liquidate alle altre Regioni. Circa 1,5 miliardi di fiscalità pregresse le avrà entro uno o due mesi, circa altri 600 milioni di euro nel corso del 2010. Ogni altra richiesta è lo sgradevole anticipo di una campagna elettorale iniziata su toni del tutto sbagliati.

* Responsabile nazionale salute e affari sociali Pdl.

Assunzioni facili e conti fuori controllo il crac Croce Rossa

Perché la grande malata non riesce a guarire

**In Europa
è l'unico ente
del genere
che sopravvive
grazie ai fondi
del governo
Ma nessuno è
ancora riuscito
a risanarlo**

**In Sicilia dodici
autisti per ogni
ambulanza
L'ultimo
commissario
ha annullato
subito benefit
e promozioni
illegittime**

EMANUELE LAURIA

ROMA — C'è subbuglio, in questi giorni, nella gloriosa caserma Pierantoni, quartier generale del corpo militare della Croce rossa intitolata a un tenente medico trucidato alle Fosse ardeatine. Otto ufficiali superiori sono stati chiamati a restituire i gradi, ottenuti in seguito a promozioni giudicate illegittime da un ispettore ministeriale, e cento dipendenti hanno fatto ricorso al giudice del lavoro dopo l'annullamento di generosi benefici economici: dall'indennità "di marcia" a quella "meccanografica" concessa sebbene i centri meccanografici non siano mai stati individuati. Anzi, non esistono proprio.

I 54 rilievi (cinquantatquattro!) messi su carta dal dirigente del servizio ispettivo del ministero dell'Economia Fabrizio Valenza hanno tracciato i contorni di una comune spreco poli, graffian-

dol'immagine di un corpo impegnato in delicate missioni umanitarie e dando una nuova scossa alla nobile ma tormentata attività dell'ente di cui fa parte. La Croce rossa è alle prese con gli attualissimi mali della pubblica amministrazione italiana: conti incerti, organici sovrappollati, gestioni instabili, influenza della politica.

La Cri è l'unica organizzazione del suo genere, almeno in Europa, che dipende politicamente ed economicamente dal governo, il quale versa nelle casse dell'organizzazione oltre 160 milioni di euro l'anno (l'80 per cento se ne va in spese per il personale) e ha facoltà di nominare un commissario straordinario quando ci sono i bilanci in disordine. L'ultimo, Francesco Rocca, avrebbe dovuto concludere il suo mandato di risanatore a novembre: non ce l'ha fatta e si è visto prorogare per un altro anno l'incarico dal consiglio dei ministri. Con un contratto da 263.955 euro, più 126.525 euro per missioni e spese legate alla funzione. E con un provvedimento che ha rialimentato i dubbi su quei requisiti di "indipendenza e neutralità" della Croce rossa italiana richiamati più volte dal movimento internazionale di Ginevra.

La storia recente dice che la Croce rossa è stata commissariata quattro volte dal '95 a oggi e ha vissuto 18 degli ultimi 25 anni in gestione straordinaria: «I governi di qualsiasi colore considerano quest'ente una loro proprietà, un paraministero», sbottò l'anno scorso il presidente Massimo Barra dopo aver saputo via fax di essere stato licenziato.

L'attuale responsabile della Cri, Rocca, ha esperienza nel settore socio-sanitario e, naturalmente, buoni rapporti con il centrodestra: Alemanno nel 2008 lo nominò dirigente al Comune di Roma, di Gianni Letta è amico personale. E la famiglia del sottosegretario nella Croce rossa conta, eccome. Maria Teresa Letta, sorella di Gianni, è alla guida del comitato abruzzese, sotto i riflettori per la meritoria opera prestata alle popolazioni colpite dal terremoto. Ma anche per le denunce di Vincen-



zo Lo Zito, un maresciallo trasferito per incompatibilità ambientale dopo aver segnalato "gravi irregolarità amministrative" nella gestione della Cri in Abruzzo. Lo Zito ha portato in procura le carte che dimostrerebbero come la Letta abbia firmato mandati di pagamento della sede di Avezzano, finendo per assumere insieme il ruolo di controllore e controllata. Anomalie contestate formalmente alla Letta dall'ex direttore del comitato abruzzese, Maria Rita Salvetti. In una lettera del luglio 2008, la Salvetti aveva espresso dubbi pure sulle «procedure di acquisizione di beni e materiali per le esigenze del comitato». È stata trasferita in Friuli. «Per sua richiesta» si affretta a precisare Rocca: «Qui si gioca su un cognome importante per piccoli interessi privati — afferma il commissario della Croce rossa — È vero che alla professoressa Letta non spettava firmare quegli atti, ma l'ha fatto a favore di destinatari certi, in un periodo in cui era assente il direttore».

Duro compito, quello di Rocca. Si vanta di aver messo ordine nei conti che l'anno scorso, quando venne silurato Barra, presentavano un deficit di cassa di 19 milioni. E di aver avviato la gara per la tesoreria unica, con l'obiettivo di superare la giungla delle gestioni finanziarie autonome dei comitati locali. Gestioni a dir poco allegre: basti pensare al clamoroso crac della Sise, la società controllata dalla Cri che gestisce il 118 in Sicilia e di cui è stata annunciata la liquidazione. La causa principale? L'impossibilità di pagare 37 milioni di euro di straordinari al pur non esiguo numero di autisti-soccorritori: esattamente 3.300, 12 per ogni ambulanza, in servizio nelle postazioni più sperdute. Come Antillo, paese di 1300 anime arroccato sui Nebrodi dove al 118 arrivano in media due chiamate al mese. E Rocca, dopo aver rimosso il presidente del comitato siciliano Guglielmo Stagno d'Alcontres, si appresta a denunciare quelli che chiama casi di *mala gestio*: ivi incluso il canone d'affitto da 4 mila euro al mese pagato dalla società della Croce Rossa alla stessa famiglia d'Alcontres, proprietaria — guarda caso — della sede messinese di Villa Luce. O l'affidamento all'esterno della gestione delle buste paga, con un incarico da 570 mila euro l'anno. O, ancora, i premi di risultato da 64 mila euro per i dirigenti di un'azienda chiamata in causa dal ministro Sacconi per i recenti casi di malasanità nell'isola.

È un ente costretto a muoversi al confine fra solidarietà e spreco, fra volontariato entusiasta e lavoro assistito. La grana più grossa rimane quella della riorganizzazione del

corpo militare, una delle sei componenti della Croce rossa (le altre sono i volontari del soccorso, i donatori di sangue, i giovani pionieri, le pie donne e le crocerossine) che, a leggere i j'accuse dell'ispettore del ministero, si è trasformata in un carrozzone. Ben 670 degli 877 militari in servizio continuativo nel corpo sono stati di fatto stabilizzati «senza che alcuna norma lo prevedesse». E due terzi del personale, a fine 2007, risultavano impiegati in servizi civili, per lo svolgimento di attività in convenzione con enti pubblici e organismi privati: trasporto di malati, lavoro nei centri di accoglienza. Per le emergenze come alluvioni e terremoti, insomma per la funzione istituzionale del corpo, la Croce rossa ha fatto soprattutto ricorso ai precari, che oggi sono 375, tutti arruolati senza concorso. Il personale militare a tempo determinato, dal 2001 al 2007, è cresciuto del 77 per cento. Quello civile in sette anni è addirittura triplicato: da 638 a 1833 unità.

Dopo le accuse del ministero, la Croce rossa ha avviato a marzo una verifica delle "esigenze eccezionali" che giustificano i richiami del personale militare a tempo determinato. La risposta? Non è stata una sorpresa: «I comitati coinvolti hanno confermato la necessità di continuare ad avvalersi del personale anche per il 2009», scrive in una relazione il direttore generale Patrizia Ravaioli.

È rimasta sul tappeto la questione di un corpo senza pianta organica e poco professionalizzato, con appena il 23 per cento di ufficiali e sottufficiali laureati. E ciò accade anche perché, in base a un regio decreto del '36, per le promozioni sono sufficienti i "titoli equipollenti alla laurea" come le pubblicazioni. Pazienza se queste, in alcuni casi, siano consistite semplicemente nel diario di missione all'estero o in una settantina di slide sulla storia delle telecomunicazioni. «Abbiamo bloccato assunzioni e promozioni — replica Rocca — e abbiamo cancellato alcuni benefici economici. Ma occorre una legge per definire gli organici. Di certo, ci sono militari in servizio temporaneo che lavorano per noi da 12 anni: non possiamo mandarli a casa».

Intanto, negli uffici del servizio ispettivo del ministero allargano le braccia e fanno sapere di non avere ricevuto dalla Cri «atti formali di riscontro ai rilievi posti». Per loro, in un anno, poco è cambiato. Ma l'ultimo commissario gratificato dalla fiducia del governo fa professione di fede: «La Croce rossa è un malato sì, ma in via di guarigione».

La Croce Rossa

I numeri

• Anno di nascita	1864
• dipendenti	5000
• volontari	300 mila



Il bilancio

In milioni di euro	
Totale entrate	209
Contributi dello Stato	166
Trasferimenti ad altri enti	9
Deficit	18.888.705 euro

Gli stipendi militari

In euro lordi mensili	
Capitano	3.320
Tenente	3.171
Sottotenente	2.854
Maresciallo capo	3.010
Maresciallo	2.712
Sergente magg.	2.570
Sergente	2.465
Caporale magg.	2.423
Caporale	2.205
Milite	1.222

Il commissario straordinario

263.955	
euro lordi annui	più 126.525 per missioni e altre spese

Compromesso sulla sanità al Senato americano

Il Senato Usa ha raggiunto un importante accordo sulla riforma sanitaria, che farebbe cadere l'ostacolo dell'opzione pubblica: è stata votata l'estensione di Medicare a chi ha 55 anni.

► pagina 13

Stati Uniti. Esteso il programma per gli anziani a chi ha più di 55 anni: cade l'ostacolo della public option

Svolta al Senato sulla sanità

Obama soddisfatto: «passo cruciale» nel cammino della riforma

CHE COSA CAMBIA

L'ampliamento di Medicare garantisce l'assistenza a tre milioni di persone che ne sono sprovviste e piace a moderati e liberal

Marco Valsania
NEW YORK

■ Accordo raggiunto al Senato americano sulla "public option", l'ostacolo che minacciava di far deragliare la riforma sanitaria. I leader democratici hanno sostituito la proposta di una opzione pubblica, cioè di un piano governativo che garantisse l'assistenza alle famiglie che ne sono prive, con una nuova formula: l'estensione di Medicare, il programma federale per gli anziani che scatta a 65 anni, a tutti coloro che hanno compiuto 55 anni. A ciò si aggiunge l'incarico affidato a un ufficio federale, l'Office of Personnel Management, di trattare con le compagnie di assicurazione il decollo di inediti piani sanitari nazionali, non profit e a basso costo ma privati.

L'intesa, ancora di massima e che dovrà superare il test del dibattito parlamentare, ha già ottenuto la benedizione di Barack Obama, che proprio ieri ha annunciato lo stanziamento di circa 600 milioni di per il rinnovamento di 85 centri sanitari locali che accolgono ogni anno 500mila pazienti. Obama ha definito il compromesso un «passo cruciale» verso la riforma della sanità. Una riforma che è diventata la sua priorità di politica interna e il cui fallimento rischierebbe di danneggiare gravemente la sua presidenza.

La "public option", il varo e la gestione diretta da parte del governo di un piano sanitario in concorrenza con polizze private, in realtà non svanisce del tutto. Re-

sta però solo come ultima spiaggia: potrebbe scattare qualora le nuove misure fallissero, uno scenario giudicato improbabile a Washington. I nuovi piani nazionali privati a basso costo si ispirerebbero, in versione ridotta, a programmi oggi offerti ai dipendenti federali.

L'idea di un nuovo grande piano di assistenza pubblica, pur se limitato ai non assicurati, è caduta sotto le dure proteste dei democratici moderati oltre che dei repubblicani. Defezioni nel partito di Obama, infatti, avrebbero potuto mettere in pericolo l'intera riforma: per concludere il dibattito e portare la legge al giudizio finale in aula il Senato ha bisogno di una super-maggioranza di 60 voti su cento. I democratici normalmente controllano 58 seggi e possono contare sul voto di due indipendenti. Ma questa volta alcuni esponenti della corrente più conservatrice, quali Ben Nelson del Nebraska, hanno minacciato di votare contro se non saranno soddisfatti.

Nelson è stato anche co-autore, con il repubblicano Orrin Hatch, di un emendamento per proibire che nell'ambito della riforma fondi pubblici finiscano a finanziare polizze che coprono l'aborto. L'emendamento è stato bocciato ma l'aborto rimane al centro di accese polemiche e potrebbe pesare sull'esito finale. Il compromesso sulla public option è così parso essenziale. È stato messo a punto da un gruppo negoziale formato da dieci senatori democratici, cinque moderati e cinque liberal, convocato dal leader di maggioranza Harry Reid. Il quale ha parlato di un'«ampia intesa», che adesso verrà inviata al Congressional Budget Office per una valutazione dei costi.

La soluzione ideata intende

rassicurare sia i critici che temono una presenza eccessiva del governo nella sanità che i progressisti, i quali vedono al contrario nel ruolo delle autorità federali il pilastro della riforma. E ieri due influenti voci di opposti schieramenti si sono espresse cautamente a favore dell'equilibrio trovato: l'ex presidente del partito, il liberal Howard Dean, e l'indipendente moderato Joe Lieberman.

Se a Lieberman sta a cuore un'archiviazione dell'opzione pubblica vera e propria, a Dean piace soprattutto l'allargamento di Medicare: ne avrebbero diritto, pagando premi resi meno cari da aiuti pubblici, fino a tre milioni di persone che hanno tra i 55 e i 64 anni e sono privi di altra assistenza. Elemento centrale del compromesso è anche l'Office of Personnel Management, che già controlla l'assistenza sanitaria ricevuta da parlamentari e dipendenti pubblici: spetterà a questo ente concordare i nuovi piani sanitari privati non-profit da mettere a disposizione degli Exchange, le borse della sanità dove quasi 40 milioni di cittadini non assicurati potranno recarsi per acquistare polizze. Queste dovranno essere offerte da società di assicurazioni e, se le aziende non si facessero avanti, l'ente federale avrà il potere di preparare un piano tutto pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NOVITÀ

L'intesa

■ Il Senato americano ha raggiunto un accordo che sembra allontanare definitivamente l'ostacolo della public option (il piano sanitario gestito direttamente dallo stato), cui si opponevano anche molti democratici moderati. L'accordo riguarda l'estensione a partire dal 2011 del programma federale destinato agli anziani, Medicare, che oggi scatta al compimento dei 65 anni: sarà applicato a chi ne compie 55. Ora il progetto di riforma, con questa novità, andrà al Congressional Budget Office, per una valutazione dei costi

Il secondo elemento

■ L'Office of Personnel Management, ente federale che già controlla l'assistenza sanitaria ricevuta da parlamentari e dipendenti pubblici, avrà il compito di negoziare con le assicurazioni private perché offrano polizze accessibili che andranno nella "borsa" della sanità



Concorsi con il contagocce, stanziamenti dirottati

Ricercatori, nulla è cambiato: pochi fondi, niente merito

di ALESSANDRA MIGLIOZZI

CONCORSI fatti con il contagocce. Violazioni continue da parte degli atenei delle nuove regole per selezionare i ricercatori volute dal ministro Gelmini. Decine di bandi a rischio annullamento perché in contrasto con la normativa. Fondi che vengono erogati dal ministero ma che, poi, non vengono spesi e non si sa dove vanno a finire. Ad un anno dall'approvazione in Consiglio dei ministri del decreto che doveva scrivere una nuova pagina per la selezione dei giovani studiosi nelle università lo scenario che emerge da una ricerca condotta dall'Apri, l'Associazione dei precari della ricerca italiani, è scoraggiante: per i meritevoli e i capaci la strada resta ancora tutta in salita.

UNIVERSITA' L'altra faccia degli atenei in attesa della riforma della ricerca. L'Associazione dei precari: «Non ci sono nuovi posti e molti bandi rischiano di essere annullati». Violati i richiami del Ministro

Ricercatori: pochi soldi, niente merito

Fondi per le assunzioni dirottati, concorsi col contagocce e senza trasparenza

di ALESSANDRA MIGLIOZZI

ROMA - Concorsi fatti con il contagocce. Violazioni continue da parte degli atenei delle nuove regole per selezionare i ricercatori volute dal ministro Gelmini. Decine di bandi a rischio annullamento perché in contrasto con la normativa. Fondi che vengono erogati dal ministero ma che, poi, non vengono spesi. Questa è la situazione alla vigilia della presentazione a Palazzo Chigi del "Programma 2009-2013" che stanzerà nuovi fondi per la ricerca avanzata, con una corsia privilegiata per gli Under 40. Domani il quadro cambierà, si spera, ma intanto a un anno dall'approvazione del decreto che doveva scrivere una nuova pagina per la selezione dei giovani studiosi nelle università lo scenario che emerge da una ricerca condotta dall'Apri, l'Associazione dei precari della ricerca italiani, è scoraggiante: per i meritevoli e i capaci la strada resta ancora tutta in salita.

Le università, infatti, hanno bandito pochissimi posti nel 2009: siamo ben lontani dai 4mila prospettati dal ministro Gelmini a gennaio, al momento dell'approvazione definitiva della legge che ha riscritto le regole dei concorsi. Ad oggi sono stati messi sul piatto 176 posti a tempo indeterminato pagati dagli atenei: 278, sempre in ruolo, cofinanziati dal ministero, contro i 1.050 previsti al momento dell'erogazione dei fondi ad hoc (stanziamento Mussi) per il 2008, che sono già arrivati nelle casse delle università e che, in molti casi, non vengono spesi (solo 26 atenei li hanno usati); 300 posti a termine, che sono in aumento rispetto al passato. «Per questi ultimi concorsi - ricorda l'Apri - le regole le scrivono le università. Gli atenei si giustificano dicendo che un posto a termine incide meno sui bilanci, ma un decreto di settembre ha aumentato gli stipendi dei ricercatori a tempo determinato. Viene da pensare che con questi bandi sia più facile piazzare un candidato da favorire: dal nostro monitoraggio risulta che, in media, si sono presentate 2,3 persone». Non va meglio con i posti a tempo indeterminato: i bandi sono pochi e le università più virtuose in base alle classifiche

del Miur sono tra quelle che assumono di meno. Inoltre i concorsi spesso vengono indetti violando le nuove regole, cioè valutazione basata sui titoli senza prova orale né scritta: non solo ci sono atenei che fanno orali e scritti, ma alcune università hanno aggiunto la prova di lingua straniera. Poi c'è il limite alle pubblicazioni: in molti concorsi (31%) se ne può presentare un numero massimo (in media 8,4). La negazione del merito: i meno brillanti sono avvantaggiati. Le università usano come paravento una legge Berlinguer mai abrogata. Il ministro Gelmini ha bacchettato i rettori con una lettera in cui ha chiesto di rispettare la legge (1/09) sui concorsi. «Mi rammarico - ha scritto - di dover registrare difficoltà nell'applicazione delle nuove regole». L'invito è a rettificare i bandi, si minaccia l'annulla-

mento di quelli non regolari. Secondo l'Apri ci potrebbero essere concorsi a rischio annullamento in 27 università. A Bergamo e a Parma ci sono bandi non conformi usciti dopo la lettera della Gelmini che fa anche riferimento ai limiti massimi di pubblicazioni: si chiede ai rettori di non inserirli. Infine, sui posti a tempo determinato la nota sollecita più trasparenza

e tempistiche adeguate: in molti casi ci sono pochi giorni per

isciversi ai concorsi. Ma che risultati hanno prodotto le minacce del Miur? Pochi. Alla data del 9 novembre, solo 8 università hanno rettificato i bandi: il politecnico di Bari, ad esempio, ha eliminato tutti i limiti di pubblicazioni, quello di Milano, così come l'università del Sannio e di Sassari, hanno tolto prove scritte e orali. Non in tutti i casi, però, sono stati riaperti i termini. Poi c'è anche chi ha deciso di bandire nuovi posti introducendo per la prima volta limiti massimi alle pubblicazioni, nonostante le richieste esplicite del ministro. Alla Sapienza sono appena stati banditi 74 posti in diversi ambiti disciplinari: il numero di pubblicazioni da presen-

tare va da un minimo di 4 ad un massimo di 12 (compresa la tesi di dottorato), tranne che per



matematica dove c'è solo il numero massimo. E si parla anche di valutazione sulla base della "discussione" sostenuta da ciascun candidato. Una sorta di prova orale che non sarebbe prevista. È una giungla. Nessuno fa nulla e per i ricercatori è sempre più difficile trovare il modo per orientarsi. Peraltro mentre i concorsi per i posti a termine sono già stati fatti, per le altre prove ci vorrà tempo: a causa di notevoli ritardi del Miur solo a metà dicembre saranno pronti gli elenchi da cui sorteggiare i commissari per i concorsi della prima sessione del 2008. Per la seconda c'è da aspettare ancora. Già, ma con quali regole si faranno le altre prove? "E chi lo sa?" dice l'Apri: la legge Gelmini prevede che le nuove regole sono valide fino all'approvazione della riforma dell'università che è lontana e, comunque, "fino al 31 dicembre 2009". Una

scadenza prossima: serve una proroga o sarà il caos". Intanto da un carteggio tra l'Apri e il rettore di Trento, l'università più virtuosa secondo la classifica

della Gelmini, emerge un altro dato che lascia poche speranze ai giovani: il rettore spie-

ga che il suo ateneo non utilizzerà i fondi del cofinanziamento ministeriale per assumere ricercatori a tempo indeterminato perché il fondo "corrisponde ad una cifra fissa", spiega Davide Bassi, mentre i costi degli stipendi lievitano di anno in anno per gli scatti e la rivalutazione Istat. Insomma per le università i fondi dell'ex ministro Mussi non basta. Cosa ne sarà dei fondi? La destinazione, risponde Bassi all'Apri, "è ancora oggetto di discussione a livello nazionale". La linea della Crui (Conferenza dei rettori), scrive, "è quella di usarli ad integrazione del Fondo di finanziamento ordinario". Parte dei soldi per assumere giovani, insomma, potrebbe essere impiegata dagli atenei per coprire i tagli del governo che saranno solo in parte ripianati dalla Finanziaria. Un'altra mazzata al merito, frutto della combinazione tra decurtazioni e conti in rosso delle università. La valigia dei più brillanti è già fuori dall'uscio di casa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NUOVE REGOLE

Negli atenei valgono norme diverse per gli esami dei dottorandi

I docenti



ANSA-CENTIMETRI

I POSTI



278

I posti a tempo banditi dagli atenei

I CONCORSI



31%

Percentuale concorsi per "posto fisso"

LA PAROLA CHIAVE

FONDI MUSSI

L'ex ministro dell'Università Fabio Mussi (governo Prodi) aveva previsto per il triennio 200-2009 uno stanziamento per il reclutamento straordinario di ricercatori pari a 20 milioni il primo anno, 40 il secondo, 80 il terzo. La prima tanche è stata distribuita e spesa, la seconda è arrivata nelle casse dell'ateneo, ma i concorsi (erano in programma 1.050 posti) vengono banditi con il contagocce. La terza tranche deve ancora essere stanziata. Il ministro Gelmini aveva promesso un decreto ad hoc che, però, tarda ad arrivare. Questi 80 milioni (di cui 40 per nuove assunzioni) vanno stanziati entro fine 2009 o tornano nelle casse dello Stato.

STAMINALI**Occhio alle prove**

Due distinte ricerche hanno dimostrato le potenzialità terapeutiche delle staminali nella cura delle malattie oculari. Dennis Clegg, dell'Università della California di Santa Barbara, ha bloccato la degenerazione della vista in topi sofferenti di una mutazione alle cellule epiteliali pigmentate della retina trapiantando nell'occhio staminali pluripotenti. I ricercatori, che hanno pubblicato i risultati su «PloS One», ritengono che il metodo potrebbe un giorno essere utilizzato per curare alcune forme di degenerazione della retina legate anche all'invecchiamento. Il gruppo di Winston Kao, della Scuola di medicina dell'Università di Cincinnati, si è servito invece di staminali del cordone ombelicale per curare una patologia della cornea. I ricercatori sono riusciti con queste cellule a rendere trasparenti e più spesse le cornee opache e sottili di topi ammalati. (an. car.)



LE DONNE E QUEI VIZI TUTTI MASCHILI CHE ACCORCIANO GLI ANNI DI VITA

 Nella corsa alla longevità le donne rimangono in testa, ma stanno perdendo il vantaggio che hanno sempre avuto sugli uomini. Lo dice il Rapporto sulla sanità dell'Ocse. Lo confermano anche i «Centers for Disease Control» americani che prevedono la «parità di sopravvivenza» fra i due sessi entro il 2035.

Colpa soprattutto del fumo, spiegano gli esperti: gli uomini hanno smesso e muoiono meno per malattie cardiovascolari, le donne hanno cominciato e ne pagano le conseguenze.

Se fino a poco tempo fa il sesso femminile era relativamente immune da infarti e ictus, soprattutto prima dei cinquant'anni, adesso non più. Ma il fumo è legato anche ad altre malattie: il tumore al polmone per esempio, *big killer* per gli uomini, ma in preoccupante crescita anche fra le donne. Sulla pericolosità del fumo non ci sono più dubbi e le ricerche che lo dimostrano ormai si spreca-

no. Ma c'è forse qualche altro aspetto del problema che andrebbe approfondito,

al di là della genetica che distingue (e qualche volta avvantaggia) le donne rispetto agli uomini.

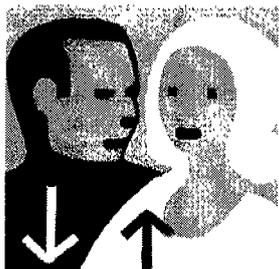
Le donne hanno da tempo acquisito modelli di comportamento maschili (oltre al fumo), soprattutto in campo professionale. Chi può escludere che anche lo stress cronico, tanto per fare un esempio, non abbia importanti ripercussioni sulla loro salute? Alcune os-

servazioni preliminari suggeriscono poi che le donne trascorrono più tempo da malate, durante la loro esistenza, che gli uomini. E la colpa è di condizioni croniche come l'artrosi o l'Alzheimer, prevalenti nel sesso femminile.

Più che alla durata della vita (che oggi, nei Paesi dell'Ocse, si aggira mediamente attorno agli 80 anni, dieci di più rispetto agli anni Sessanta), si dovrebbe pensare alla sua qualità e la vera sfida è sopravvivere il più a lungo possibile, ma nelle migliori condizioni di salute possibili. La ricerca si dovrebbe adeguare.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità

La cura dei linfomi rivoluzionata 22 anni fa dal lavoro collettivo dell'Istituto dei Tumori e delle Molinette: mortalità da autotrapianto crollata dal 25 all'1%

Quel corriere che portava le staminali (e salvava vite)

E' stato un viaggio pionieristico di 24 ore tra Milano e Torino a rivoluzionare la cura dei linfomi. Tra l'87 e l'88 dall'Istituto dei Tumori — sempre verso mezzogiorno — partivano con un corriere, scelto per la sua affidabilità nel rispettare gli orari, campioni di cellule staminali del sangue dirette alle Molinette: l'ematologo Massimo Gianni le prelevava dal braccio dei malati, nel più breve tempo possibile il suo collega torinese Corrado Tarella le doveva manipolare per permettere il loro reimpianto nel midollo osseo dei pazienti. La collaborazione tra i due ospedali, che ha permesso l'uso di un tipo di staminali fino ad allora mai impiegate, ha fatto crollare la mortalità da autotrapianto dal 25 all'1%: la sco-

perta è stata celebrata nell'89 sulla rivista *The Lancet*.

Ma non è acqua passata: oggi come allora il connubio scientifico Mi-To fa raggiungere alle terapie antitumorali le vette della medicina. In questi giorni Corrado Tarella, oggi primario al Mauriziano, è al Congresso degli ematologi americani: «I due studi che ho presentato alla platea Usa sono nati dalla collaborazione con l'équipe di Gianni», ammette il medico.

Del resto gli scambi tra le due città sono quasi quotidiani. Faustina Lalatta, alla guida del Servizio di genetica medica della clinica milanese Mangiagalli, è in contatto costante con Tullia Todros, primaria di Ostetricia e Ginecologia ad indirizzo materno fetale del Regina Margherita Sant'Anna: «In casi

complessi di diagnosi prenatale ci scambiamo le pazienti per la *second opinion* — spiega Faustina Lalatta —. Abbiamo messo a punto un protocollo di comunicazione per non disorientare». Proprio oggi pomeriggio Giuseppe Banfi, direttore scientifico dell'ortopedico Galeazzi, è atteso a Torino dal primario del Cto-Maria Adelaide Giuseppe Massazza, per uno studio sulle protesi dell'anca e del ginocchio (svolto anche con gli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna). La neurologa delle Molinette Tiziana Mongini e il collega milanese del Policlinico Maurizio Moggio collaborano per la distrofia muscolare. Marco Brayda Bruno è alla guida del Centro di chirurgia vertebrale del gruppo San Donato, ma — torinese di nascita — vi-

sita in ambulatorio anche a Torino. Riassume Giovanni Monchiero, presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso): «Tra le due città c'è uno scambio tra eccellenze sanitarie». Sullo sfondo ci sono i pendolari Mi-To della sanità: ogni anno a Milano arrivano quasi 10 mila pazienti dalla terra dei Savoia (i più gettonati sono il San Raffaele, lo Ieo e il Galeazzi), mentre vanno a farsi curare lì 2.500 milanesi. Giorgio Giaccone, neurologo del Besta che vive a Torino, assicura: «Il mio pendolarismo è cominciato nell'86. Adesso, per fortuna, il tempo di viaggio si è più che dimezzato».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

I pazienti

2.500

I milanesi

che ogni anno vanno a farsi curare a Torino

10.000

I torinesi

che ogni anno che vanno a farsi curare a Milano

I tipi di ricovero dei torinesi a Milano

- 18% Ortopedia e traumatologia
- 12% Chirurgia generale
- 8,4% Ginecologia
- 6,4% Cardiologia
- 5,3% Neurochirurgia

C.D.S.



DALLA PARTE
DEI LETTORI

LO SPECCHIO DELLA SALUTE

a cura di Sandro Spinsanti

Scrivere a: Lo specchio della salute_Famiglia Cristiana,
Via Giotto 36, 20145 Milano.CONTRO IL TUMORE
UNA VISITA SALVAVITA

COMBATTERE IL CARCINOMA MAMMARIO OGGI È POSSIBILE:
MOLTO DIPENDE DALLA PRECOCITÀ DELLA DIAGNOSI.
AI PRIMI SEGNALE NON ESITATE AD ANDARE DAL MEDICO.

La prognosi del carcinoma mammario è legata alla precocità della diagnosi. Sono essenziali lo screening mammografico e l'ecografia, in grado di evidenziare le prime manifestazioni di un tumore. Purtroppo però almeno un terzo dei tumori mammari viene diagnosticato quando ha ormai un diametro superiore ai 2 centimetri, con la conseguenza che alla donna viene proposto, prima dell'intervento chirurgico, un ciclo di chemioterapia.

Questo avviene talvolta per non essersi sottoposti allo screening; altre volte si tratta di tumori a rapido accrescimento che si sviluppano fra un esame e l'altro; molte volte però la causa primaria sono i limiti stessi dello screening: alcuni casi insorgono prima che le campagne di screening inizino, in altri la mammella è "opaca",



L'esame mammografico è un primo passo per una diagnosi e per prevenire il male.

denza al punto da non permettere un esame preciso. Ma, soprattutto, nelle campagne di screening manca la visita medica. Infatti, così come esistono lesioni radiologicamente evidenti che non sono palpabili, esistono anche lesioni mammarie clinicamente evidenti, ossia visibili e palpabili, che non sono evi-

denziabili con i soli esami strumentali.

La visita del medico (chirurgo, ginecologo, radiologo, senologo o di base) è fondamentale, anche perché la donna può parlare delle sue sensazioni, delle sue paure, del motivo che la spinge a farsi visitare. Se, infatti, il cancro della mammella è, almeno nelle sue fasi iniziali, generalmente silente, esistono alcuni sintomi molto particolari che devono indirizzare la donna al medico e spingere il medico a richiedere ed eseguire esami specifici. Essi sono il riscontro di un no-

dulo duro non dolente né dolorabile, che non ha rapporti con il ciclo mestruale e persiste nel tempo; la comparsa di una secrezione spontanea, discretamente abbondante, limpida o rosata, che fuoriesce spontaneamente o alla minima pressione da un solo poro di un solo capezzolo; e l'insorgen-

RISPOSTE AI LETTORI

PER I DOLORI
VERTEBRALI

Ho problemi di colonna vertebrale sia a livello cervicale che lombare. Sono piena di protrusioni discali in un quadro aggravato dall'artrosi. Ho solo 45 anni.

Lisa - Udine

Ecco un buon percorso: effettuare una elettromiografia degli arti superiori e inferiori. Poi effettuare una valutazione fisiatrica circa la funzionalità complessiva del rachide. Quindi elaborare un programma di ginnastica posturale e cicli di fisioterapia tali da consentire posture più corrette. Infine, alcune applicazioni di chiropratica. Alcune sedute di ozonoterapia possono ridurre sensibilmente la sintomatologia dolorosa.

VALERIO DE BELARDINI
SPECIALISTA IN ORTOPEDIA

za di dolori trafittivi persistenti localizzati in una singola zona di una sola mammella. Quando questi sintomi compaiono, non significa necessariamente che vi sia qualcosa di grave, ma solo che è il caso di rivolgersi al medico con fiducia.

GIUSEPPE FARISELLI
SPECIALISTA IN ONCOLOGIA

PAROLE PER CAPIRE

COS'È LO SCREENING

Lo screening, prestazione gratuita offerta alla popolazione sana, serve per ridurre le conseguenze di una malattia. Le linee guida della Forza operativa nazionale per il carcinoma mammario raccomandano di sottoporre a mammografia ogni 12-18 mesi le donne asintomatiche di età compresa fra i 50 e i 69 anni. A chi è a rischio genetico o familiare è consigliato eseguire mammografia, ecografia ed esame clinico ogni 12 mesi a partire dai 25-30 anni o, comunque, 10 anni prima dell'età del familiare più giovane risultato affetto. Può essere lasciata libera scelta alle Regioni di attuare lo screening già a partire dai 40-45 anni e proseguirlo fino a 70-75 anni.

DOVE E COME

L'ASSOCIAZIONE PER IL RESPIRO

Un'attività esemplare, per i residenti di Brescia e provincia, è svolta dall'Associazione malati apparato respiratorio (Amar), che accoglie pazienti affetti da malattie respiratorie invalidanti (bronchite cronica, asma, enfisema, fibrosi polmonari). Si tratta di pazienti per i quali non è esagerato utilizzare l'espressione "mutilati del respiro". Amar, c/o Divisione di broncopneumologia Ospedale Civile di Brescia, piazzale Spedali Civili 1 - 25122 Brescia. Tel. 331/73.32.707, www.respirare.info

TUMORI & CELLULARI**A oggi il legame non c'è**

Le cause del cancro al cervello non sono ancora ben comprese e gli unici fattori di rischio certi (radiazioni ionizzanti e una rara forma ereditaria) incidono solo su una piccola frazione di tumori. Ricercatori nord europei, coordinati da Isabelle Deltour della Danish Cancer Society, hanno effettuato uno studio epidemiologico su quasi 60mila pazienti svedesi, norvegesi, finlandesi e danesi per comprendere se l'uso intensivo dei cellulari poteva essere un fattore di rischio per questo tipo di tumori. Gli studiosi hanno analizzato il tasso d'incidenza del glioma e del meningioma tra il 1974 e il

2003, dimostrando che in questi 30 anni la probabilità di contrarre questi tumori non era variata significativamente. Le interpretazioni dei risultati dello studio, pubblicato sul «Journal of the National Cancer Institute», possono essere diverse, ossia che il periodo di esposizione alle radiazioni dei cellulari è ancora troppo corto perché gli effetti siano visibili, o che in realtà l'incremento del rischio sia trascurabile se non nullo. In ogni caso, i ricercatori sottolineano la necessità di continuare a effettuare studi epidemiologici. (an. car.)



DRUG DELIVERY**Una dose micidiale**

Alla Duke University sono riusciti a curare il cancro con una dose unica di chemioterapici. Hanno preso il batterio *E. coli* (nella foto) per produrre specifici polipetidi, i quali legano varie sostanze formando spontaneamente nanoaggregati del diametro di 50 nanometri solubili in acqua. Quindi, si legge su «Nature Materials», hanno caricato i peptidi con un antitumorale (doxorubicina) in dosi fino a 4 volte quelle normali e somministrato il tutto ad animali con diversi tumori, confrontando l'esito con quello ottenuto in animali trattati con il farmaco da solo. La massa tumorale dei primi, dopo una sola applicazione, è risultata 25 volte inferiore a quella dei secondi, e la sopravvivenza è stata di 66 giorni, contro i 27 dei controlli. All'Argonne National Laboratory hanno invece usato nanodischi magnetici realizzati con una lega di nichel e ferro. Come descritto sempre su «Nature Materials», una volta diretti contro le cellule tumorali e attivati con l'applicazione di un campo magnetico per 10 minuti, i nanodischi hanno annientato più del 90% delle cellule, distruggendone la membrana. (a. cod.)

