

Rassegna del 04/12/2009

GIOIA - Ru 486 - F. Ol.

GIOIA - Parto sicuro - St.S.

TEST SALUTE - Dolci problemi quando aspetti - ...

TEST SALUTE - La soluzione che tiene - ...

LIBERAZIONE - Embrioni con capacità giuridica. L'ultima "trincea" della destra - Eduati
Laura

MESSAGGERO - Pdl: pieni diritti all'embrione. Il Pd: così si scardina la legge 194 - Sardo
Claudio

MESSAGGERO - Quella legge contesa che ora tutti invocano - Cla.Sa.

AVVENIRE - Caso Ru486. Il governo si rivolge alla Ue - Ru486, sul ricovero il governo
invierà il suo parere alla Ue - Fornari Pier_ Luigi

AVVENIRE - L'uso in day hospital forzatura pericolosa - Andrini Stefano

AVVENIRE - Niente ricoveri lampo. "Sarà applicata la 194" - Lozito Francesca

REPUBBLICA - Aborto, il Pdl all'attacco della 194 "Bambini ed embrioni, stessi diritti" -
Pasolini Caterina

LIBERO QUOTIDIANO - Effetti collaterali della pillola. Riesplode lo scontro sulla 194 -
Maniaci Caterina

RU 486

Tra le cose che ci allontanano dall'Europa, anche la pillola abortiva. Che da noi si potrà somministrare superando mille ostacoli

LA DIFFUSIONE IN EUROPA

In commercio

AUSTRIA
BELGIO
DANIMARCA
ESTONIA
FINLANDIA
FRANCIA
GERMANIA
GRECIA
LETTONIA
LUSSEMBURGO
NORVEGIA
PAESI BASSI
REGNO UNITO
SLOVENIA
SPAGNA
SVEZIA
UNGHERIA

Non in commercio

IRLANDA
LITUANIA
POLONIA
PORTOGALLO



PERCHÉ SEMPRE PER ULTIMI?

Che qualcosa stesse per succedere lo si era capito già a luglio. Allora, infatti, l'Agenzia del farmaco (Aifa) aveva dato il via libera alla commercializzazione della Ru 486, la pillola abortiva che permette alla donna di evitare l'intervento chirurgico. Un provvedimento in linea con la legge 194, che però aveva scatenato le polemiche di larga parte della maggioranza e gli anatemi delle gerarchie vaticane. Pochi giorni fa la commissione sanità del Senato ha chiesto a Maurizio Sacconi, responsabile del Welfare, di bloccare la liberalizzazione, in attesa dell'ennesimo parere tecnico. Il ministro non potendo cancellare la decisione dell'Aifa, ha posto una serie di paletti e ha inviato una lettera all'agenzia chiedendo di rivedere la decisione presa a luglio. E, come ultima arma, ha vincolato l'assunzione della pillola al ricovero ospedaliero, cosa che non avviene per l'aborto chirurgico. In Europa arriviamo praticamente per ultimi e ci arriviamo con una grande fatica. ■

FOL

PARTO SICURO

Si chiama "Nati nel posto giusto" la campagna di raccolta fondi e sensibilizzazione a favore delle mamme e dei nascituri delle baraccopoli di Nairobi, in Kenya, lanciata dall'associazione World Friends. I fondi raccolti saranno destinati alla costruzione del reparto maternità del Neema Hospital, già realizzato da World Friends. Ogni anno più di 500mila donne muoiono dando alla luce un bambino, a causa di complicanze al momento del parto, spesso eseguito in condizioni igieniche e sanitarie critiche. Il reparto maternità ha l'obiettivo di tutelare la salute di mamme e bimbi della capitale del Kenya, con un'assistenza medica continua prima, durante e dopo il parto. **St.S.**

Info e donazioni: (www.world-friends.it);
c/c postale n.47882527 intestato a Amici
del Mondo World Friends Onlus.

PREVENIRE

Dolci problemi quando aspetti



Il diabete gestazionale passa, ma per chi l'ha avuto aumenta il rischio che insorga quello di tipo 2

Durante la gravidanza, una complicazione possibile è sviluppare il diabete gestazionale. Si tratta di una incapacità dell'organismo di gestire il glucosio, legata all'azione di alcuni ormoni emessi dalla placenta che contrastano l'insulina (che controlla il metabolismo degli zuccheri). Se il pancreas non riesce a produrre l'insulina necessaria per far fronte alla nuova situazione, insorge il diabete. Il rischio conseguente è soprattutto che il feto aumenti troppo di peso, ma ci sono altre complicazioni possibili, per madre e bambino. Di norma, dopo il parto tutto rientra nella normalità. Tuttavia uno studio dimostra che le donne che hanno avuto il diabete gestazionale corrono un rischio sette volte maggiore di sviluppare in seguito diabete di tipo 2 (non insulino-dipendente). Consigli: sottoporsi regolarmente a controlli e soprattutto seguire uno stile di vita che aiuti a prevenire il diabete: dieta sana, attività fisica, no al sovrappeso.

Fonte: The Lancet, maggio 2009

INCONTINENZA URINARIA

Non rassegnatevi ai pannolini. E non vergognatevi di un disturbo molto diffuso. Con un po' di esercizi mirati, tutto può tornare come prima.



La soluzione che tiene

Perdite involontarie di urina? Può certo essere imbarazzante, ma non senza rimedio. La soluzione venduta (e assai pubblicizzata) come unica e risolutiva, i "pannolini per signora", può attendere. L'incontinenza urinaria è un problema che si può affrontare e risolvere con successo, non certo una conseguenza inevitabile dell'età.

Una malattia che può guarire

Si tratta di una vera e propria malattia, che non va nascosta né (è il caso di dirlo) tamponata, ma gestita con l'aiuto di una figura sanitaria di riferimento (a partire dal medico di famiglia o dall'ostetrica). Si deve intervenire tempestivamente, con una "ginnastica" volta alla riabilitazione del pavimento pelvico, vale a dire l'insieme di muscoli che, rilasciandosi e contraendosi, gioca un ruolo fondamentale nel trattenere l'urina. Spesso però la diagnosi arriva dopo lunghi periodi di situazioni imbarazzanti, perché per vergogna le persone

che ne soffrono non ne parlano. Gli studi dicono che oltre la metà delle donne incontinenti (il problema è più frequente nel gentil sesso) non ne ha mai parlato con nessuno. Così la malattia rimane sommersa, anche se l'incidenza è notevole: in europa è del 25% nelle donne tra i 45 e i 64 anni e del 19% in quelle tra i 19 e i 44 anni. Per avere un'idea delle proporzioni basti pensare che uno studio fatto nel 2006 dall'Asl di Monza parlava di 730 mila casi previsti solo in Lombardia.

Può essere da sforzo o da urgenza

Si parla di "incontinenza da sforzo" se la perdita si ha durante attività che aumentano la pressione all'interno dell'addome: per esempio tossire o ridere.

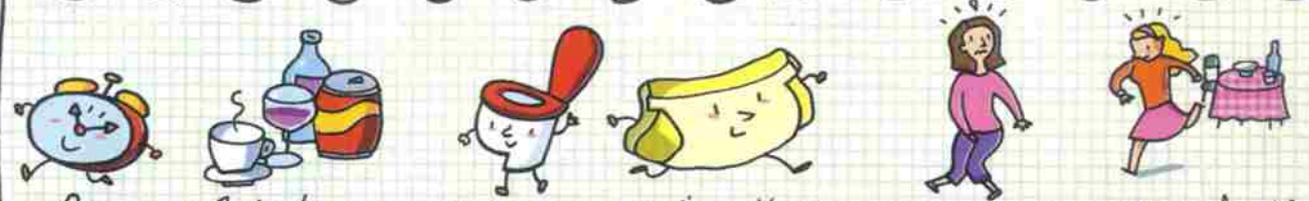
Si definisce "incontinenza d'urgenza" quando la perdita di urina è associata al bisogno improvviso e urgente di urinare. La prima forma è quella più frequente ed è dovuta all'indebolimento dei muscoli

OCCHIO A...

NON TRASCURATE QUESTI SINTOMI

È opportuno parlare con un medico, se si presentano questi sintomi.

- ◆ In generale, si hanno perdite involontarie di urina.
- ◆ Si hanno perdite, anche di lieve entità, quando si tossisce, starnutisce, ride, ci si alza in piedi, si sollevano oggetti pesanti o mentre si fa sport.
- ◆ Si sente il bisogno improvviso e urgente di urinare, non si riesce a trattenere la pipì o ad arrivare in tempo in bagno.
- ◆ Si urina frequentemente e in continuazione in piccole quantità.
- ◆ Ci si deve alzare più volte durante la notte o se si hanno perdite a letto.
- ◆ Si ha difficoltà a cominciare a urinare oppure se il flusso non è continuo.
- ◆ Si ha la sensazione che la vescica non sia vuota, anche quando si è appena urinato.
- ◆ Si ha dolore e bruciore mentre si urina.



Ora	Bevande	Urina	Rendite accidentali	Bisogno urgente	Che cosa stai facendo?
	che cosa? quanto?	quante volte? (POCA, MEDIO, TANTO)	quanto? (POCA, MEDIO, TANTO)	Cerchane una	pranzo, ginnastica, sesso, cena, etc.
Esempio	caffè 2 tazze	✓ ○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si <input checked="" type="radio"/> no	cenando
6-7		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
7-8		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
8-9		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
9-10		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
10-11		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
11-12		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
12-13		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
13-14		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
14-15		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
15-16		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
16-17		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
17-18		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	
18-19		○ ○ ○	♂ ○ ○ ○	si no	

CARO DIARIO

Per aiutarci a essere il più precise possibili nel raccontare al medico quanto stiamo vivendo, ci si può servire del "diario minzionale". Basta annotare per sette giorni, a intervalli regolari, generalmente ogni due-tre ore, quello che ci succede, seguendo l'esempio in alto.

Si avrà così un quadro preciso e utile al medico per capire l'entità e il tipo d'incontinenza.

del pavimento pelvico; la seconda è causata dall'eccessiva attività dei muscoli della vescica.

La capacità di controllare l'urina, infatti, è assicurata dal buon funzionamento e dalla sinergia di quattro elementi: una vescica normale di capacità sufficiente, un buon lavoro degli sfinteri, cioè i muscoli che servono per chiudere l'uretra (il canale attraverso il quale l'urina è trasportata dalla vescica all'esterno), un corretto impulso neurologico e l'efficienza dei muscoli del pavimento pelvico.

I fattori di rischio dell'incontinenza urinaria sono diversi: l'aumentare dell'età, l'obesità (indice di massa corporea superiore a 30, potete calcolare il vostro indice sul nostro

sito, sezione salute), la gravidanza e il parto (il 40% delle donne incinte soffre di incontinenza da stress, che si risolve però spontaneamente poche settimane dopo il parto), la familiarità, il diabete.

Come arrivare alla diagnosi

In Italia, a differenza di quanto avviene nei paesi anglosassoni e scandinavi, non esiste ancora una figura specifica, il "continence advisor". Ma è molto importante parlarne con un operatore sanitario e soprattutto non cedere alle dicerie del tipo: "È inevitabile con l'invecchiamento" oppure "tanto non esistono cure".

Di solito il primo approccio è con il

La prima persona con cui parlare è il proprio medico di famiglia

ANTONELLA BIROLI medico fisiatra, Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino - Comitato scientifico Fondazione Italiana Continenza

“I primi effetti? Nel giro di due settimane”

“Gli esercizi si possono integrare nella vita quotidiana: anche mentre si fa la fila in posta”

Di incontinenza urinaria si parla poco, e soprattutto per pubblicizzare assorbenti.

La pubblicizzazione di prodotti assorbenti non deve far dimenticare che l'incontinenza urinaria è un disturbo in gran parte dei casi curabile. Gli ausili sono importanti nei casi non trattabili o in attesa della risoluzione del problema, ma è opportuno far conoscere le possibili soluzioni terapeutiche.

Allude alla riabilitazione del pavimento pelvico?

In realtà, dobbiamo parlare di tre opzioni terapeutiche: la riabilitazione fisica, la terapia farmacologica, infine la chirurgia. La riabilitazione fisica è in prima linea, anche perché è applicabile a tutti i tipi di incontinenza: da sforzo, da urgenza e mista, cioè che associa i due tipi, ed è un caso molto frequente. Ma è basilare che la paziente possa scegliere tra tutte le opzioni possibili, a seconda delle sue condizioni e necessità. Per questo è importante rivolgersi a un centro dove operino più specialisti (urologo, ginecologo, fisiatra...), per affrontare il problema in modo multidisciplinare.

Come funziona, in pratica, la riabilitazione fisica?

Una volta avvenuta la diagnosi, che escluda la presenza di incontinenze complicate, legate a problemi di altro tipo (infezioni ricorrenti, esiti di interventi chirurgici o altro), la riabilitazione è effettuata attraverso una serie di sedute di fisioterapia, vale a dire una serie di esercizi attivi e manovre passive, che coinvolgono i muscoli del pavimento pelvico e più in generale l'insieme delle fasce e dei legamenti che sostengono gli organi pelvici (vescica, utero, retto). Non si tratta solo di contrarre e decontrarre la muscolatura della vagina, ma di apprendere a eseguire una serie di esercizi, contestualizzati in relazione a situazioni diverse: cioè con diversi tipi di respirazione, in differenti posizioni, mentre si eseguono diversi movimenti. La seduta, che avviene sotto la guida di un fisioterapista, serve a imparare ciò che poi si può eseguire tranquillamente a casa propria e costituisce la terapia vera e propria.

Si tratta di una terapia che impegna molto tempo?

Le indicazioni possono essere diverse, anche a seconda delle condizioni del paziente, ma normalmente si tratta di due sedute a settimana, a cui si sommano circa venti minuti di esercizi al giorno. Da notare che gli esercizi possono essere integrati nella vita quotidiana:



“Grazie alla riabilitazione si acquistano nuove capacità, che poi diventano spontanee”

io consiglio sempre alle mie pazienti di eseguirne alcuni anche mentre fanno la fila in posta o al supermercato.

Dopo quanto tempo si notano i primi miglioramenti?

Dipende dalle condizioni del paziente. I primi effetti possono esserci anche nel giro di un paio di settimane, il tempo necessario a capire i movimenti da fare e allenare i muscoli relativi. Il miglioramento, comunque, è graduale e gli effetti completi sono evidenziabili nel giro di due-tre mesi.

Bisogna continuare a fare esercizi anche dopo che il disturbo è passato?

Grazie alla riabilitazione si acquistano nuove capacità di movimento e coordinamento che, una volta apprese, vengono spontanee. È come quando si impara a guidare: prima coordinare frizione e marce sembra complicato, ma poi viene naturale. Lo stesso avviene per i muscoli. Certo, continuare a praticare un certo allenamento regolarmente fa bene, vivendolo come una normale misura di igiene personale. Come dico alle mie pazienti: un po' come ci si lavano i denti mattina e sera.

medico di famiglia, che poi consiglia, fatti i primi accertamenti, una visita con uno specialista, urologo o ginecologo. Nella maggior parte dei casi non servono esami specifici, perché parlando con la paziente il medico riesce ad arrivare subito alla diagnosi.

L'importante è che nel raccontare al medico i sintomi si sia precise: può aiutare la compilazione del "diario minzionale (vedi riquadro a pag. 27)", un vero e proprio registro che aiuta a capire le di-

mensioni del problema. Insieme al colloquio di solito c'è una visita generale e un esame delle urine per escludere infezioni.

Si propone a volte anche un test da sforzo: alla paziente viene chiesto di tossire in posizione supina e poi eretta, così da verificare sul posto la perdita involontaria.

Segue la visita ginecologica, per valutare la forza e l'integrità dei muscoli del pavimento pelvico e controllare se ci siano problemi all'apparato genitale femminile.

La prima contromossa sono piccole modifiche dello stile di vita

Cambiare abitudini

Per entrambe le forme di incontinenza la prima contromossa sono piccoli interventi sullo stile di vita (vedi riquadro "Consigli utili" alla pagina seguente). La seconda strategia, non meno importante, è la ginnastica. Per l'incontinenza da sforzo è essenziale la riabilitazione del pavimento pelvico (vedi riquadro in basso). Una robusta musco-

Una ginnastica che restituisce tono ai muscoli giusti

La riabilitazione del pavimento pelvico porta ad una riduzione delle perdite involontarie di urina, che va dal 56 al 95%. La terapia è riconosciuta come prestazione specialistica ambulatoriale dal Servizio sanitario nazionale: si paga soltanto il ticket, variabile da una regione all'altra.

Costo e informazioni

La riabilitazione del pavimento pelvico è riconosciuta come prestazione specialistica ambulatoriale e quindi si può fare attraverso il Servizio sanitario nazionale, pagando il ticket previsto nella propria regione.

Il medico di famiglia dovrebbe essere in grado di indicarci dove poter fare la riabilitazione; oppure potete telefonare agli Urp (Ufficio relazioni con il pubblico) degli ospedali pubblici o convenzionati della vostra zona o ai Consultori familiari o rivolgervi direttamente alle Asl. Alcune Regioni italiane, come la Regione Piemonte, hanno attivato una rete regionale di centri per l'incontinenza urinaria, solitamente dislocati presso le Asl.

Come si fa la riabilitazione

La riabilitazione del pavimento pelvico consiste in una serie di esercizi fisici di contrazione e rilassamento. Soprattutto all'inizio, per individuare questi muscoli e i giusti movimenti da fare, c'è bisogno di una persona esperta (in generale un fisioterapista) che ci guidi. Per questo si seguono alcune sedute in un centro specializzato, in un ospedale o in un consultorio (ci sono anche appositi corsi). La prima cosa da fare è individuare quali sono i muscoli da esercitare e capire come si contraggono e rilassano in modo corretto, in situazioni e posizioni diverse.

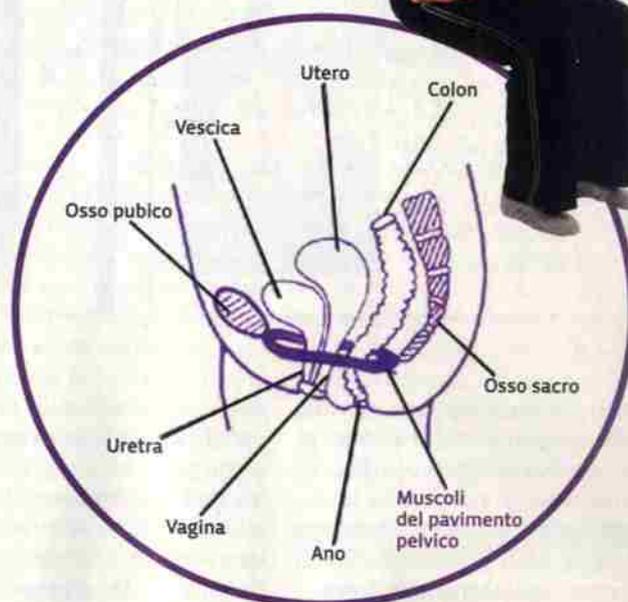
Biofeedback, elettrostimolazione, attrezzi

Il fisioterapista può decidere di abbinare agli esercizi altri strumenti: biofeedback, elettrostimolazione e coni vaginali. Le prove d'efficacia di questi ultimi due metodi sono limitate, mentre sono certi alcuni effetti collaterali, come dolore, sanguinamenti e vaginiti.

- **Biofeedback:** attraverso una sonda inserita in vagina si registrano la forza e la resistenza dei muscoli del pavimento pelvico. I dati vengono visualizzati su uno schermo, che si può vedere mentre si fanno gli esercizi.

- **Elettrostimolazione:** con una sonda vaginale si dà una piccola scarica elettrica che fa contrarre i muscoli del perineo. Può aiutare chi ha poco controllo della muscolatura pelvica e può aumentare l'efficacia degli esercizi.

- **Coni vaginali:** sono oggetti di diversi pesi da inserire in vagina (più o meno come un assorbente interno) e che costringono, mentre si fanno gli esercizi, a contrarre i muscoli del perineo per non consentirne la fuoriuscita.



ATTENZIONE AL PAVIMENTO

Per capire l'importanza del pavimento pelvico, basta immaginarselo come una sorta di amaca, collocata nella parte bassa del ventre, tra l'osso sacro e l'osso pubico. Questa sorta di amaca di muscoli è attraversata da uretra, vescica e intestino retto.

Sono proprio questi i muscoli che, contraendosi e rilasciandosi, permettono l'evacuazione corretta di feci e urina. E, come tutti i muscoli, hanno bisogno di essere tenuti in esercizio per mantenersi tonici e forti e poter fare bene il proprio lavoro.

4 CONSIGLI UTILI PERDERE PESO, BERE, CURARE LA PELLE

Cambiare le proprie abitudini e seguire alcuni semplici accorgimenti nel proprio stile di vita: è una delle prime strategie per affrontare l'incontinenza urinaria:

- 1 La perdita di peso può alleviare i sintomi nelle persone obese, anche perché si riduce il peso dell'addome sul pavimento pelvico. L'obesità è un fattore di rischio.
- 2 Chi soffre di incontinenza spesso non beve molto, per evitare inconvenienti: così però si provoca frequentemente una stitichezza che peggiora il disturbo. Bevetevi almeno un litro e mezzo d'acqua al giorno (salvo diverso parere medico).
- 3 Per combattere la stitichezza, che indebolisce i muscoli del pavimento pelvico: seguite una dieta ricca di frutta e verdura e fibre (cereali integrali).

- 4 È importante avere un'accurata cura della pelle delle parti intime, per evitare arrossamenti: no a bagni troppo caldi e lunghi, al talco, ai sali da bagno.



SE L'IDEA VI PIACE E LA DANZA DEL VENTRE? PUÒ SERVIRE

Per chi ama la danza, sarà interessante sapere che l'incontinenza urinaria si può combattere anche ballando, se si sceglie una delle danze più antiche e sensuali al mondo: la danza del ventre può infatti insegnarci, in modo divertente, ad esercitare proprio i muscoli del pavimento pelvico.

- ◆ Le mosse di quest'arte, guardandole bene, ricordano molto alcuni esercizi che medici e ginecologi propongono proprio per la riabilitazione del pavimento pelvico.
- ◆ La danza del ventre, se praticata regolarmente, stimola in modo benefico perineo, muscoli del pavimento pelvico e uretra.
- ◆ Non per nulla è consigliata anche alle donne durante la gravidanza, perché aiuta a prendere maggior coscienza dei muscoli del proprio pavimento pelvico e quindi a gestirli durante il parto e nella fase post-parto, quando molte donne soffrono temporaneamente di incontinenza urinaria.
- ◆ Se non per risolvere un problema già in corso, la danza sarà utile per prevenirlo.

> latura del pavimento pelvico aiuta anche ad affrontare l'incontinenza da urgenza, associata però in questo caso ad un programma di riabilitazione della vescica: l'esperto insegna una serie di accorgimenti per imparare a trattenere l'urina.

Farmaci e chirurgia

Solo come secondo passo è il caso di pensare ad assumere farmaci: - per l'incontinenza da sforzo si usa la duloxetina (nome commerciale Yentreve). Agisce sul sintomo, non cura il disturbo, quindi finita la terapia (12 settimane) il problema generalmente si ripresenta. In più si segnalano diversi effetti collaterali: nausea, stanchezza, mal di testa, stipsi ecc. E la spesa, circa 249

euro, è tutta a carico del paziente; - per l'incontinenza da urgenza si usano gli anticolinergici. Anche in questo caso alleviano solo i sintomi, hanno effetti collaterali importanti e sono a carico del paziente. L'ultima opzione da considerare è l'intervento chirurgico. Ci sono due tecniche: la colpo-sospensione e quella con l'uso di sling. Entrambe puntano ad "ancorare" il collo delle vescica: nel primo caso con punti di sutura, nel secondo caso inserendo strisce di materiale biocompatibile. La sala operatoria deve però essere sempre considerata l'ultima soluzione, dopo avere ottenuto una diagnosi precisa e dopo aver provato tutte le altre strade senza risultati. ♥

COSA FARE

Niente imbarazzo, signore: pensate a guarire

L'incontinenza urinaria è spesso definita "malattia silenziosa", perché le persone che ne soffrono non ne parlano, per imbarazzo.

- ◆ Le pubblicità di assorbenti la presentano come una situazione normale, da affrontare rassegnandosi a questi ausilli, mentre è importante sapere che guarire è possibile.
- ◆ Bisogna pensare all'incontinenza urinaria come ad una malattia vera e propria, da affrontare con il medico, e non come se fosse un inevitabile disturbo legato all'età.

La modifica del Codice Civile per tutelare la vita dal concepimento. «A giudizio chi prende la Ru486 a casa»

Embrioni con capacità giuridica L'ultima «trincea» della destra

Laura Eduati

Il feto è un essere umano e come tale deve possedere capacità giuridica, alla pari dei bambini e degli adulti.

È la semplice e stravolgente proposta di legge del centrodestra, l'ultima «trincea» scavata nel campo della bioetica, che modificherebbe il primo articolo del Codice Civile riformulandolo così: «Ogni essere umano ha la capacità giuridica fin dal momento del concepimento». Oggi, invece, la capacità giuridica comincia «dal momento della nascita».

A presentare la proposta in Senato intervengono Maurizio Gasparri, Gaetano Quagliariello, Laura Bianconi (Pdl) e il presidente del Movimento per la vita, l'europarlamentare Carlo Casini (Udc) che dal lontano 1995 spera di cambiare per sempre quel primo articolo del Codice civile per tutelare gli embrioni e, in ultima analisi, sferrare un colpo mortale alla legge che garantisce l'interruzione volontaria di gravidanza, ovvero la 194, già corrosa dall'altissima percentuale di obiettori di coscienza che provocano lunghe liste di attesa.

I promotori della proposta glissano sul rischio, realissimo, che una donna in futuro possa venire denunciata per avere abortito un soggetto con capacità giuridica. Gasparri tranquillizza: «Non vogliamo abrogare la 194, ma porre semplicemente un argine all'aborto chimico».

Perché la questione della Ru486, la pillola abortiva approvata dall'Agenzia del farmaco (Aifa) e ostacolata dalla maggioranza, continua a dare enormi grattacapi. Non da ultimo il braccio di ferro tra la stessa Aifa e il ministro Sacconi che aveva chiesto all'Agenzia di esplicitare l'obbligo di «ricovero ordinario» per quelle donne che volessero abortire con la pillola. I consiglieri dell'Aifa ritengono di avere già chiarito l'esigenza del ricovero nella delibera dello scorso luglio, quando avevano espresso il via libera al medicinale. Allo smacco, il governo replica con la voce della sottosegretaria al Welfare, Francesca Martini, che chiede all'Agenzia una circolare applicativa sulla Ru486 per chiarire l'esistenza dei rischi per la salute delle donne.

La stessa legge sull'interruzione volontaria di gravidanza impone che l'aborto avvenga all'interno delle strutture ospedaliere, ma nessuno potrebbe vietare alle pazienti di lasciare l'ospedale e tornare a casa. Un punto delicato, visto che l'aborto chimico può durare vari giorni e l'eventuale ricovero intaserebbe le corsie degli ospedali. Gasparri minaccia: «Chi assume o somministra la pillola a casa andrà dritto dritto in tribunale» perché avrà violato la 194.

La proposta di modifica del Codice Civile si iscrive perfettamente nella politica di questo centrodestra sulle questioni bio-etiche. Già nel primo articolo della contestata legge 40 - procreazione assistita - vengono garantiti i diritti di «tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito». Ma, ammette il Movimento per la Vita, questa tutela dell'embrione è circoscritta soltanto alla

procreazione artificiale. E dunque bisognava puntare in alto, visto che pure la 194 risulta insufficiente nonostante riconosca il valore della vita umana «fin dal suo inizio».

Gaetano Quagliariello dice espressamente: «Per tenere una trincea è necessario fissarne una più avanzata». Ecco, la trincea è dare soggettività giuridica all'essere umano non ancora nato, escludendolo però dal

diritto patrimoniale perché sia chiaro che la «battaglia» riguarda esplicitamente l'aborto.

I promotori si appellano alla Convenzione universale sui diritti del fanciullo, dove però il termine fanciullo non include esplicitamente l'embrione.

«Dare capacità giuridica ai non nati inciderà pesantemente sulla 194», è l'opinione della giurista

Maria Grazia Campari, «anche se tecnicamente la donna che abortisce non potrà essere accusata di omicidio». Una delle probabili conseguenze riguarda il padre del nascituro, che con questa legge potrebbe porre ostacoli all'interruzione di gravidanza decisa dalla compagna. Oggi la legge lascia alla donna la completa autonomia della decisione.

Maggioranza in difficoltà sulla pillola abortiva. Martini: «L'Aifa deve emanare una circolare»



> Maurizio Sacconi



ABORTO E RU486

Presentato in Senato un disegno di legge che modifica l'art.1 del codice civile: capacità giuridica al concepito

Pdl: pieni diritti all'embrione Il Pd: così si scardina la legge 194

di CLAUDIO SARDO

ROMA - «Ogni essere umano ha la capacità giuridica fin dal momento del concepimento»: il Pdl ha presentato ieri un disegno di legge per modificare l'articolo 1 del codice civile, che collega invece la soggettività alla «nascita», secondo una tradizione che origina nel diritto romano. Il progetto è firmato da Maurizio Gasparri, Gaetano Quagliariello e Laura Bianconi e il suo primo effetto è stato quello della benzina sul fuoco: peraltro, la polemica era già molto accesa su aborto e pillola Ru486. Anna Finocchiaro, capogruppo dei democratici, ha detto che «il Pdl sta girando come un avvoltoio sulla legge 194 (sull'interruzione della gravidanza, ndr) nella speranza di farla fuori, anche se in modo indiretto». I promotori hanno risposto che intendono invece «difendere» l'integrità della 194, comprese le norme sulla prevenzione e la dissuasione, e che a minacciare la legge sono invece le regole, a loro giudizio troppo flessibili, sull'uso della Ru486.

Ma, benché il nucleo pro-life del Senato occupi ruoli di vertice in Senato, è difficile che il Pdl assuma questa proposta come una priorità. Del resto tra i laici di quel partito era evidente ieri la freddezza. Benedetto Dalla Vedova l'ha persino bollata come «propagandistica e programmaticamente ipocrita». Mentre i cattolici del Pd non hanno dato sponda, come invece accade sui temi scottanti di biopolitica. Per Dorina Bianchi si tratta di «una forzatura». La stessa Paola Binetti, che pure fu protagonista dell'inserimento nella legge 40 (sulla procreazione assistita) della garanzia dei «diritti del concepito», si mo-

stra prudente sulla modifica dell'articolo 1 del codice civile: «Bisogna studiare bene le conseguenze giuridiche».

Il ddl Gasparri-Quagliariello è articolo di due commi. Nel secondo si precisa che «i diritti che la legge riconosce al concepito sono subordinati all'evento della nascita». Lo scopo è evitare conflitti sui diritti patrimoniali privati. Ma anche dimostrare che non è loro intenzione mettere in crisi la legge 194 (che assicura l'assistenza pubblica alle donne che decidono, dopo la pausa di riflessione di 15 giorni, di abortire). «Per tenere la trincea della 194 - ha detto Quagliariello - abbiamo deciso di costruire una trincea più avanzata». E a sostenere il progetto ieri è intervenuto anche Carlo Casini (Udc), già presentatore di analoghe proposte in passato. La scelta dei tempi è stata spiegata con il braccio di ferro in corso sulla Ru486 tra ministero della Salute e Agenzia del farmaco, dunque tra governo e parte dell'opposizione. Gasparri ha attaccato: «Il day hospital o peggio l'assunzione individuale della pillola abortiva portano ad una banalizzazione dell'aborto che stravolge la 194». Il Pd ha repli-

cato che l'assunzione individuale è impossibile sulla base della delibera dell'Aifa. Ma la questione del day hospital resta l'oggetto dello scontro tra l'Aifa (che ha imposto l'ospedalizzazione senza però fissare tempi e modalità del ricovero) e il ministro Maurizio Sacconi (che vuole il ricovero fino all'espulsione del feto). Intanto la Binetti e i teodem (Pd) hanno presentato una proposta sull'«incremento della natalità»: «Servono più risorse per la maternità. E il governo fin qui ha fatto poco».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE POSIZIONI IN CAMPO

Sopra, il vicepresidente del gruppo Pdl al Senato, Gaetano Quagliariello. Sotto, il leader dell'Idv, Antonio Di Pietro



LA 194/L'ANALISI

Quella legge contesa che ora tutti invocano

ROMA - Il Pdl contesta la delibera dell'Aifa in nome dell'integrità della legge 194: se l'ospedale si limita a somministrare il farmaco Ru486, se il ricovero si conclude prima dell'espulsione del feto, si rischia una privatizzazione dell'aborto, dunque lo stravolgimento dei principi della legge. Il Pd contesta la proposta del gruppo Pdl del Senato in nome della coerenza della 194: se viene stabilita una capacità giuridica generale del concepito, come evitare un conflitto con le norme che assicurano assistenza alle donne, che al termine del percorso previsto dai primi due articoli della 194, decidono comunque di abortire?

Il paradosso di questo scontro è che la 194, almeno a parole, non è contestata da nessuno. Anzi, ciascuna parte rivendica a sé l'interpretazione autentica. Sul piano storico è indubbiamente il successo della legge. Voluta dalle sinistre e dai laici. Ma arricchita dal contributo decisivo di alcuni cattolici del dialogo, autori dei primi due articoli. In origine la legge non godeva di un consenso così largo. Non c'era solo l'opposizione della Dc. C'era anche un'opposizione radicale, che chiedeva l'aborto come diritto soggettivo e non una legge sulla tutela della maternità, che pur garantiva l'assistenza pubblica alle donne che decidevano diversamente. Il referendum dell'81 plasticamente mostrò questo fuoco incrociato. Non solo fu battuto il quesito del Movimento per la vita, fu battuto (ancor più nettamente) il quesito radicale. Anche se la Chiesa, solo anni più tardi, uscì dalla logica del rifiuto della 194 e cominciò a valorizzare le sue norme a tutela della maternità.

Non c'è dubbio che le polemiche di oggi dimostrano la sopravvivenza delle spinte divaricanti del passato. Così come rilevano messaggi squisitamente politici (i segnali del Pdl all'Udc). Ma la 194 si è intanto affermata come punto di equilibrio. E gli stessi eredi dei promotori hanno ben più da temere da un potenziale conflitto con la Ru486 che non dalla richiesta pressante, di parte cattolica, di una «piena applicazione» della legge.

cla.sa.



BIOETICA

**Caso Ru486
Il governo
si rivolge alla Ue**

PRIMOPIANO A PAGINA 5

**Ru486, sul ricovero
il governo invierà
il suo parere alla Ue**

Roccella: prima della commercializzazione l'Aifa doveva chiedere se l'immissione della pillola era compatibile con le nostre leggi

il fatto

Il ministro Sacconi invierà a Bruxelles il suo parere, sollecitato dalle conclusioni dell'indagine conoscitiva della commissione sanità del Senato, perché nel suo iter l'Agenzia italiana del farmaco ha omesso un dato obbligatorio. Esclusa anche la possibilità di mettere in atto comportamenti differenti tra una regione e l'altra

DA ROMA PIER LUIGI FORNARI

All'indomani della mancata esplicitazione da parte dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) del ricovero ospedaliero ordinario, come condizione necessaria per l'immissione in Italia della Ru486, il ministero della Salute decide di rivolgersi direttamente all'ente farmaceutico europeo Emea e alla commissione della Ue, per mettere in chiaro che tale procedura è indispensabile al fine di garantire la compatibilità con la legislazione nazionale, cioè la legge 194 sulla interruzione volontaria di gravidanza. Lo riferisce il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, precisando che il ministro Maurizio Sacconi invierà a Bruxelles il suo parere, sollecitato dalle conclusioni dell'indagine conoscitiva della commis-

sione sanità del Senato sulla pillola abortiva, perché nel suo iter l'Aifa, di norma l'interlocutore dell'Emea, ha omesso questo fondamentale passaggio.

«Prima di approvare la delibera per la commercializzazione della Ru486 – spiega la Roccella –, l'agenzia non ha chiesto al ministero un parere sulla compatibilità dell'immissione della pillola nel nostro Paese con la normativa nazionale in materia, cioè la legge 194. Da notare che è proprio una normativa comunitaria a richiedere questa verifica». Dunque? «Nella procedura di mutuo riconoscimento per il farmaco – chiarisce il sottosegretario – manca un passaggio indispensabile e quindi non si può ritenere conclusa».

Perciò adesso il parere del ministero sarà inviato a Bruxelles, sulla base di quanto già contenuto nella lettera di Sacconi al presidente dell'agenzia, Sergio Pecorelli, venerdì 27 novembre. Il ministero è impegnato comunque anche su un altro fronte, riferisce la Roccella, e cioè quello di «assicurare l'omogeneità del rispetto della 194 su tutto il territorio nazionale». Il significativo precedente giuridico infatti è la bocciatura da parte

del Consiglio di Stato delle linee guida della regione Lombardia sull'aborto, perché materia regolata da una legge nazionale la cui applicazione deve essere uniforme. «Non è possibile perciò – aggiunge l'esponente del governo – che ci siano comportamenti differenziati da regione a regione nell'uso della Ru486. Il ricovero ordinario infatti non riguarda una modalità di erogazione di un servizio, ma il rispetto di una norma naziona-

le, non rientra quindi nella competenza delle regioni decidere in altro modo».

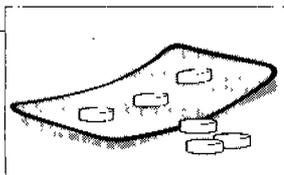
Una nota del ministero intanto risponde ad una dichiarazione di Pecorelli al *Corriere della Sera*, definita «sgradevole», secondo cui la Ru486 sarebbe importata in Italia grazie a un decreto ministeriale che porta la firma dei ministri Storace, Turco e Sacconi. Nessun atto o documento in tal senso, chiarisce il Welfare, è stato sottoposto alla firma dall'esponente del Pdl o del suo vice. Quanto alla possibilità di utilizzare nel nostro paese medicinali a base di mifepristone, serve u-

na richiesta del medico curante, ma sempre nel rispetto della normativa italiana, con la possibilità di chiedere ulteriori giustificazioni nel caso concreto. Un altro uso consentito è la sperimentazione clinica, peraltro sospesa da Storace se non effettuata in regime di ricovero.

Intanto si accende la polemica politica, tant'è che la capogruppo al Senato del Pd, Anna Finocchiaro, prendendo spunto anche dal disegno di legge sui diritti del concepito, accusa il Pdl di aggirarsi «come un avvoltoio sulla legge 194». «Sono loro che vogliono violare la legge», replica il suo omologo nel Pdl, Maurizio Gasparri, ribadendo che anche qualora la donna si avvalga della Ru486, «deve poter essere seguita da una struttura o-

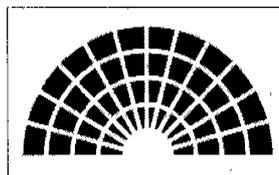


spedaliera dall'inizio alla fine». L'esponente della maggioranza avverte inoltre che con «l'aborto fai da te» ci si espone alle conseguenze della violazione della 194. Per la democratica Paola Binetti la campagna a sostegno della Ru486 «mira solo a rendere più facile la interruzione della gravidanza, mettendo in ombra le necessarie garanzie di sicurezza per la salute della donna. Un clima che, inoltre, si contretizza in un sostanziale black out sulla necessità di prevenire opzioni tragiche, favorendo la scelta della vita, compiti di un consultorio riportato alle funzioni indicate dalla 194».



L'AGENZIA DEL FARMACO DÀ L'OK

Il 30 luglio, con voto a maggioranza, il Consiglio d'amministrazione dell'Aifa dà il via libera all'uso della pillola abortiva negli ospedali italiani a conclusione dell'iter burocratico di «mutuo riconoscimento» tra Paesi dell'Unione europea.



L'INDAGINE CONOSCITIVA DEL SENATO

Il 23 settembre la Commissione Sanità del Senato delibera di avviare un'indagine conoscitiva sulla Ru486, le sue caratteristiche e il suo uso in Italia (sperimentale dal 2005). Dopo varie audizioni, i lavori si concludono il 26 novembre con la relazione del presidente Antonio Tomassini (Pdl).



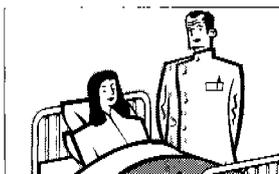
SACCONI CHIEDE GARANZIE CERTE

Il 31 luglio il ministro del Welfare Maurizio Sacconi scrive all'Aifa per chiedere al suo Cda di «indicare nel dettaglio le modalità con cui garantire il pieno rispetto della legge 194, la quale impone il ricovero in una struttura sanitaria» sino ad aborto avvenuto.



L'AIFA NON MODIFICA LA DELIBERA

La Commissione chiede all'Aifa di modificare la delibera di luglio precisando che il ricovero è da intendersi «ordinario», ovvero senza scorciatoie di day hospital e di dimissioni immediate. Il Cda dell'Aifa il 2 dicembre respinge la richiesta e rimanda la scelta sulle modalità d'uso della Ru486 a governo e Regioni.



IL MINISTERO: NON VIOLARE LA 194

Lo stesso giorno il ministro del Welfare comunica all'Aifa che «se non si riscontrerà la effettiva, diffusa, pratica del ricovero ospedaliero ordinario per le persone sottoposte ad aborto farmacologico, si evidenzierà una manifesta incompatibilità con la legge 194, di cui dovrebbero prendere atto Parlamento e Commissione europea per le decisioni conseguenti».

Emilia Romagna

L'uso in day hospital forzatura pericolosa

DA BOLOGNA STEFANO ANDRINI

Ricovero ordinario per la somministrazione della Ru486? La Regione Emilia Romagna non ci ha mai pensato. E meno che mai lo farà ora dopo la decisione dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) che ha respinto al mittente l'indicazione del ministro Sacconi di specificare che l'intera procedura, «fino all'accertamento dell'avvenuta espulsione dell'embrione», debba essere effettuata in regime di ricovero ordinario. Anche per evitare una manifesta incompatibilità con la legge 194 e scongiurare i rischi di una procedura "day hospital". La decisione dell'Aifa ha visto certamente una regia, neanche troppo occulta, dell'assessore regionale alla Sanità Giovanni Bissoni (membro del cda), il precursore della somministrazione all'emiliana della Ru486. Fin dall'inizio Bissoni ha sostenuto che l'aborto farmacologico è pienamente legittimo e coerente con la 194. E ha sponsorizzato l'idea di una somministrazione entro la settima settimana di gravidanza solo in strutture ospedaliere in regime di ricovero nella forma di day hospital. "Truccando" la scelta con tanto di appello al consenso informato e alla correttezza delle procedure. Un bizantinismo bocciato dall'Osservatorio giuridico legislativo



della Conferenza episcopale dell'Emilia Romagna «sorpreso» dal fatto che l'assessore non abbia dato alcun rilievo ai principi ispiratori della legge n. 194, tra cui la tutela della vita umana dal suo inizio e l'esplicito divieto di considerare l'aborto come «mezzo per il controllo delle nascite», né al compito da essa espressamente assegnato alle Regioni e agli enti locali di assumere le «iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite». Eppure il passaggio dall'aborto chirurgico a quello farmacologico, attuato attraverso un percorso che tende

sempre più a privatizzare e a interiorizzare, piuttosto che a condividere, un dramma personale che determina la soppressione di una vita umana nascente, sembra andare secondo l'Osservatorio

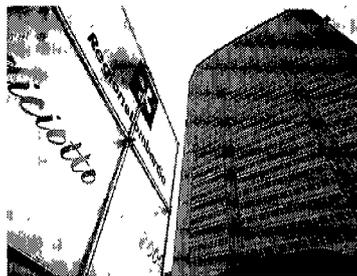
proprio in questa direzione, espressamente vietata dalla legge. Ricorda la psicoterapeuta Mara Rita Parsi: «In una società lobotomizzata dove non si pensa mai seriamente all'educazione e dove non si guidano i ragazzi a un'affettività e sessualità piena e consapevole è ovvio che la Ru486 sia usata come contraccettivo di massa». Anche in questo caso, purtroppo, l'Emilia Romagna docet. E da brava illusionista continua a censurare e nascondere la vera natura della pillola abortiva.



Lombardia Niente ricoveri lampo «Sarà applicata la 194»

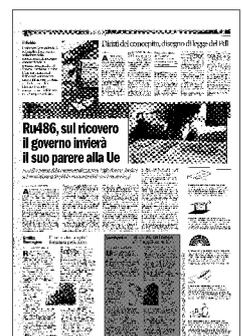
DA MILANO FRANCESCA LOZITO

Una linea comune, univoca e precisa sulla Ru486. Come accaduto nella vicenda Englaro, «perché in Lombardia abbiamo un'attitudine a dare disposizioni chiare». Risponde così il direttore generale della Sanità della Lombardia Carlo Lucchina in merito all'eventualità che ora le Regioni procedano in ordine sparso. «Fino a quando non viene pubblicata la delibera dell'Aifa in Gazzetta Ufficiale non do disposizioni – precisa Lucchina – ma un'idea me la sono già fatta. Questa è una metodologia di interruzione volontaria di gravidanza, e non può quindi non rientrare nell'ambito di applicazione della legge 194». Niente ricoveri lampo in regime di day hospital, dunque: in Lombardia si procede con alcuni punti fermi ma con prudenza. Lo conferma l'assessore alla Sanità Luciano Bresciani, che per ora preferisce non rilasciare dichiarazioni. Di attesa di orientamenti dalla Regione parla Alberto Scanni, direttore generale dell'Ospedale Sacco di Milano: «La prossima settimana – spiega – noi direttori generali ci riuniremo in Regione su altri importanti temi, ma sarà inevitabile parlare anche di Ru486. Aspettiamo di sapere quali saranno le decisioni prese a livello regionale». C'è chi comincia ad avanzare i primi dubbi sulla delibera dell'Aifa così com'è, ponendo l'accento sulla labilità del ricovero e la conseguente possibilità che



le donne, una volta assunta la pillola abortiva, firmino per la dimissione, con la prospettiva di abortire a casa o per la strada, senza controllo medico: dopo l'allarme lanciato dal direttore sanitario della Clinica Mangiagalli Basilio Tiso, la stessa seria preoccupazione viene espressa da Francesco Beretta, direttore degli Istituti clinici di perfezionamento, che comprendono tra gli altri anche l'Ospedale dei bambini «Buzzi» di Milano, l'altro grande polo delle nascite del capoluogo lombardo. Beretta afferma di «non amare di certo la Ru486» perché convinto della sua pericolosità, e aggiunge: «Ovviamente siamo preoccupati, con questa modalità

farmacologica l'aborto può rischiare di avvenire in un ambiente non protetto. Ed è molto, molto pericoloso». Beretta afferma che «gli Icp si adegueranno alle norme, sia quelle in arrivo da Roma sia a quelle regionali», ma sottolinea il pericolo che «l'espulsione del feto possa avvenire fuori dalle mura dell'ospedale, con rischio clinico per le donne molto alto. I nostri ospedali – conclude – avranno il dovere di mettere le donne che ricorreranno a questa tecnica di sospensione farmacologica della gravidanza in condizione di rimanere il più possibile in ospedale non solo perché è importante che qui avvenga l'espulsione del feto ma anche per la constatazione che questa sia effettivamente accaduta».



Aborto, il Pdl all'attacco della 194 "Bambini ed embrioni, stessi diritti"

Il Pd: svuotano la legge, così le donne saranno accusate di omicidio

CATERINA PASOLINI

ROMA — Stessi diritti per bambini ed embrioni. Lo prevede il disegno di legge presentato in Senato dal Pdl sui diritti del concepito. Poche righe di proposta e riscoppia la polemica, mai sopita, sull'aborto. Con l'opposizione che accusa la maggioranza di avere in realtà come vero obiettivo lo scardinamento della 194, «di aggirarsi come avvoltoi per rendere la legge sull'aborto inefficace», sbotta l'onorevole Finocchiaro del Pd mentre il suo collega di partito, il senatore Ignazio Marino, rincara preoccupato la dose. «Metteno sullo stesso piano i diritti della madre e dell'embrione, chi abortisce potrebbe essere accusato di omicidio col risultato di far tornare la piaga delle mammane, degli aborti clandestini. E sulla stessa scia ideologica, un domani si potrebbero sanzionare gli anticoncezionali, puniti come attività tesa ad impedire il concepimento».

La giornata di accuse e polemiche comincia quando il gruppo del Pdl al Senato, guidato dal presidente Gasparri, i vice Quagliariello e Bianconi presenta la proposta ispirata da Carlo Casini, presidente del Movimento per la vita. Si tratta di modificare l'articolo 1 del Codice Civile per riconoscere la soggettività giuridica di ogni essere umano fin dal momento del concepimento e non, come è ora, alla nascita. «Con questo ddl poniamo un paletto nella tutela della vita dal suo concepimento» sottolinea la senatrice Laura Bianconi. E Gasparri aggiunge: «La nostra proposta si pone come un argine volto ad evitare sconfinamenti alla 194». Il riferimento alla Ru486 e alle polemiche di questi giorni è chiarissimo. «È il Pd che vuole violare la 194 — insiste Gasparri — io rispetto e difendo questa legge che tra l'altro prevede l'aborto solo in ospeda-

le. Per questo ribadisco: chi usa la pillola Ru486 e va a casa invece di rimanere nella struttura pubblica per tre giorni, finirà in tribunale».

Dura la reazione del Pd. «La maggioranza sa benissimo che non è facile togliere di mezzo una legge come la 194 che ha funzionato e ha dimezzato il numero degli aborti — stigmatizza la senatrice Vittoria Franco — Non potendola abrogare direttamente, perché avrebbe contro tutta Italia, sta cercando di aggirarla, bloccando l'utilizzo della pillola Ru486, o con atti come questo disegno di legge».

Anche l'ex ministro Livia Turco è contraria «all'idea di definire i diritti dell'embrione uguali a quelli di una persona in essere. C'è una dignità dell'embrione, ma è già sancita dalla legge 40. La realtà, al di là delle polemiche strumentali, è che questo governo per il sostegno alla mater-

Il testo firmato da Gasparri, Bianconi, Quagliariello. "Non basta più la tutela dalla nascita"

nità, per limitare le motivazioni che portano all'aborto, per moltiplicare i consultori che educano alla contraccezione non ha fatto un bel nulla. Le loro, sono parole strumentali solo per attaccare la 194 e la legge sulla fecondazione assistita».

Un collegamento con la legge 40, lo vede invece in positivo il sottosegretario alla sanità Eugenia Roccella. «Questa proposta potrebbe infatti servire ad evitare di trasformare la vita umana in un oggetto, difendendo la vita di embrioni ora abbandonati, conservati per anni o utilizzati per ricerca. Non credo sia un attacco alla 194, che d'altra parte nelle prime righe tutela la vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le norme



CODICE CIVILE

Norma del 1942. «La capacità giuridica si acquista alla nascita. I diritti che la legge riconosce al concepito sono subordinati all'evento della nascita»



CONSULTA

«La tutela del concepito ha fondamento costituzionale», recita una sentenza del '75 che consente però l'aborto per motivi gravi



LEGGE 194

«Lo Stato tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria di gravidanza non è un mezzo per controllo delle nascite»



Polemiche sulla Ru486

Effetti collaterali della pillola Riesplode lo scontro sulla 194

Il PdL: è un soggetto giuridico ogni essere dal concepimento. La sinistra insorge: la legge non si tocca. E monsignor Fisichella: troppi gli interessi economici

::: CATERINA MANIACI

ROMA

■ ■ ■ Tutta questione di soldi, di guadagni, di affari: la pillola abortiva è questo, un interesse per le grandi lobby del farmaco. Non usa mezzi termini, monsignor Rino Fisichella, presidente della Pontificia accademia per la vita, nell'attaccare la pillola abortiva. E il tema dell'aborto, della legge 194 e della sua "inviolabilità" torna ad agitare le acque della politica. L'opposizione intona il ritornello noto: giù le mani dalla legge, mentre la maggioranza pensa ad una legge che riconosca la soggettività giuridica di ogni essere umano fin dal momento del concepimento. Un grimaldello per scardinare la 194, appunto, proclama il Pd.

«La legalizzazione della Ru486 è un'operazione prima di tutto economica: questa operazione è una pressione di una forte lobby farmaceutica», dichiara monsignor Fisichella ai microfoni della Radio vaticana, sottolineando che «la dimensione giusta è quella della prevenzione non quella di mettere le donne in condizione di abortire e tantomeno di dover attentare alla vita innocente».

C'è anche la questione della legge 194: si deve ridiscutere o meno? «Le leggi sono sempre perfettibili», spiega il presidente della Pontificia accademia per la vita, ma in realtà «il problema non è rivedere la 194, mentre è quello di verificare se le nuove scoperte scientifiche debbano essere coerenti con la legislazione. I cattolici non hanno mai approvato la 194. Chiedere ai cattolici di approvare la

194, credo che sia ingiusto e fuori luogo». Una legge che «pur andando incontro a esigenze politiche» di fatto risulta «una legge, come tutte le leggi abortive, che viene meno al rispetto della dignità della vita innocente».

In tal senso si può leggere anche il disegno di legge presentato ieri dal gruppo Pdl al Senato in una conferenza stampa con il presidente Maurizio Gasparri, il vicepresidente vicario, Gaetano Quagliariello, la vicepresidente, Laura Bianconi ed il presidente del Movimento per la difesa della vita italiano, Carlo Casini. L'obiettivo è quello di modificare l'articolo 1 del Codice

Civile per riconoscere la soggettività giuridica di ogni essere umano fin dal momento del concepimento.

Un tema, quello dei diritti del concepito, che, come spiega Gasparri, «è una questione importante», visto che «il riconoscimento che ogni individuo fin dal momento del concepimento ha capacità giuridica si inserisce all'interno di un dibattito sui temi etici che proprio in questi giorni tra Ru486 e la discussione alla Camera sul biotestamento sta vivendo momenti di particolare interesse». Sulla necessità di porre un freno ed una maggiore tutela a favore della legge 194 e della vita insiste anche Quagliariello, secondo il quale «questa non è una proposta pensata come un fallo di reazione a quanto sta accadendo, ma piuttosto un fronte estremo a difesa della vita».

Insorge il Pd. Appare chiaro

«che il Pdl sta girando come un avvoltoio sulla legge 194 sull'aborto, nella speranza di farla fuori, anche se in modo indiretto», dichiara Anna Finocchiaro, presidente del gruppo del Pd al Senato. Infatti, secondo la Finocchiaro, la maggioranza, non potendo direttamente abrogare la legge «perché avrebbe contro tutta Italia, sta cercando in tutti i modi di aggirarla. A questo scopo ha risposto l'indagine conoscitiva sulla Ru486, con una relazione conclusiva della maggioranza che cerca di bloccare l'utilizzo della pillola». Risposta a stretto giro di posta dello stesso Gasparri, che, in una nota, accusa: è lo stesso Pd che vuole «violare la legge 194», visto che non si può pensare «di prendere di una legge solo le parti che gli piacciono infischiosene delle altre. Proprio per questo chiediamo che la 194 sia rispettata in tutto, senza badare a chi per retaggi vetero sessantottini vorrebbe riscriverla a modo suo».



Rassegna del 04/12/2009

E POLIS - Intervista a Marco Pannella - Così si rischia la vendita sotto banco della Ru486 1
- Rianna Roberta



Marco
Pannella

Leader radicale

LA SCHEDA
COFONDATORE DEL PARTITO
RADICALE, PROMOTORE
DI NUMEROSI REFERENDUM

Così si rischia la vendita sotto banco della Ru486

«Governo e maggioranza bloccano con azioni illegali l'iter della pillola abortiva»



«Le controriforme sono una specialità italiana. Fini al passo con i tempi, ma dico no al NoB-day. I minareti fanno paura? Mica sono luoghi di tortura»

Roberta Rianna

roberta.rianna@epolis.sm



Quando i potenti sono impotenti diventano prepotenti». Così parlò Marco Pannella. Il più radicale dei radicali assiste, un po' in disparte, al ping pong sulla pillola abortiva.

L'ennesimo stop del Welfare, seguito dall'ultimo via libera dell'Agenzia del farmaco, non gli va giù. Il partito chiede di pubblicare al più presto, sulla Gazzetta Ufficiale, la delibera sulla Ru486. Ma lui va oltre. Se governo e maggioranza continueranno a mettere becco in «modo improprio», i suoi accoliti alzeranno la voce: «Inter-

verremo - giura - sul piano politico e giuridico». Come per le droghe leggere, il rischio è che il Mi-fégyne finisca sul mercato nero. «Lì circolerà liberamente. Senza morale che tenga».

In un Paese di scandali, trans ed escort coi politici, ha ancora senso fare i moralisti?

Sono storture contro cui il Partito radicale si batte dalla sua nascita, nel 1955. La storia si ripete e imputridisce la realtà sociale. Non smetteremo di denunciare contraddizioni e disfunzioni.

Quanto conta la vicinanza del Vaticano nel dibattito a Montecitorio?

Molto. Ma la questione è annosa.

Contro l'intolleranza di certi ambienti abbiamo sempre operato con azioni legali come i referendum, opposizione politiche e «disobbedienze» civili.

Cisano Paesi, come la Francia, che usano la Ru486 da vent'anni. Qui

siamo all'ennesimo stop. Ora cosa accadrà?

Non so quale sarà la contromossa del governo dopo il disco verde dell'Aifa. So solo che siamo decisi a contrastare ulteriori interventi impropri, sia sul piano politico, che su quello giuridico. Intanto aspettiamo.

Questa «benedetta» pillola entrerà in commercio prima o poi?

Mi auguro di sì, prima che cominci a circolare sottobanco. La Ru486 è usata in moltissimi Paesi,



anche dell'Europa. Da qualche parte è possibile ottenerla addirittura senza prescrizione medica. Una diffusione così capillare rischia di alimentare il mercato nero. Bisogna legalizzarla subito, altrimenti gli italiani cercheranno di ottenerla attraverso altri canali. Come si suol dire, è il mercato che detta legge.

Per il premio Nobel Luc Montagnier la Ru486 non ha controindicazioni mediche, né etiche. La battaglia allora è politica?

gnier la Ru486 non ha controindicazioni mediche, né etiche. La battaglia allora è politica?

Le controriforme sono una specialità italiana. Anche la guerra alla pillola sta diventando un'idea fissa per governo e maggioranza, che a volte si muovono oltrepassando quello che impone loro la legge. Quando i potenti sono impotenti tanto più diventano prepotenti. Ripeto, ora bisognerà vedere quale sarà la prossima mossa dell'esecutivo. Se agirà in modo improprio, ci faremo avanti per colpirlo. Il vizio di una parte della classe politica è dimostrare di non avere da decenni nessun rapporto con il mondo civile.

Fini va controcorrente. Dobbiamo fare i maliziosi e chiederci perché?

Le dietrologie sono inutili, è tutto molto chiaro: c'è una divergenza di opinioni. Fini sta tentando di evitare che l'Italia sia un Paese che legifera in modo contrario e

opposto alle società moderne.

Le piace, vero?

Le sue posizioni appartengono alla società civile. Le basta?

Sul biotestamento come andrà a finire? Anche i finiani chiedono di cambiare il ddl Calabrò...

Siamo pronti a guerreggiare. E spesso, si sa, le nostre battaglie vanno a buon fine.

Ha criticato Bersani e Veltroni. Nessun margine di dialogo col Pd?

Ci auguriamo che ci sia. Ma non dipende da noi. Sono loro che dovrebbero accogliere le nostre istanze, come è successo con i comunisti sull'aborto e il divorzio.

Parteciperà al NoB-day?

Assolutamente no. Le manifestazioni di piazza mi lasciano perplessi. Tra quelli che protestano contro Berlusconi, c'è qualcuno che ha avuto atteggiamenti simili ai suoi. Come chi ha sostenuto i decreti e le leggi Cossiga.

Un altro tema caldo: i minareti. Da un sondaggio risulta che il 70% degli italiani non li vuole.

Prima bisogna spiegare agli italiani cosa sono i minareti. Magari pensano siano luoghi di tortura.

Prossimo sciopero della fame?

Conosciamo anche altre forme di lotta. Le battaglie di questo inverno saranno contro un regime partitocratico e antidemocratico, sia a destra che a sinistra. ■

Più Irap e Irpef a chi sfora - Tagli facoltativi alle poltrone locali Ok al patto sulla salute Alle regioni 1,6 miliardi

■ Accordo tra governo e regioni sul «patto per la salute», in parte confluito nel maxi emendamento del ministero dell'Economia alla finanziaria 2010. Previsti aumenti da 1,6 miliardi nel 2010, da 1,7 miliardi nel 2011 e un incremento del 2,8% nel 2012. Per le regioni con la sanità in «rosso» potranno scattare

addizionali Irap (0,15%) e Irpef (0,30%). Resta in finanziaria il taglio agli enti locali, ma solo in forma facoltativa. I risparmi attesi passano da 515 milioni a 335 milioni. Il taglio diventa più soft per le province che si vedono ridotti gli assessori ma non i consiglieri.

Servizi ► pagine 6 e 7

Il Patto per la salute. Oltre 330 miliardi l'impatto complessivo per i prossimi tre anni

L'emendamento. Per il servizio sanitario dote aggiuntiva di 1,6 miliardi nel 2010

Più tasse se la sanità è in rosso Addizionali automatiche Irap (+0,15%) e Irpef (+0,3%) per regioni in deficit

L'INTESA

Dopo un confronto aspro tra esecutivo e governatori si raggiunge l'accordo: 9.800 posti letto da tagliare e diminuzione del personale

Roberto Turno
ROMA

■ Vale 332 miliardi in tre anni il super «Patto per la salute» in parte confluito nel maxi emendamento del ministero dell'Economia alla Finanziaria 2010. Con aumenti da 1,6 miliardi nel 2010, da 1,7 miliardi nel 2011 e un incremento del 2,8% nel 2012. Con l'intesa sottoscritta ieri con le regioni, Palazzo Chigi apre alle richieste finanziarie dei governatori ma fissa anche una serie di paletti anti-disavanzo per le realtà in rosso: scatto automatico delle addizionali Irpef e Irap oltre il tetto massimo se il piano di rientro dal debito è insufficiente o se addirittura non è stato neppure presentato, taglio entro giugno 2011 di 9.800 posti letto negli ospedali, diminuzione del personale, scrematatura delle cure in ospedale per trasferirle al day hospital o all'ambulatorio.

Solo i presidenti di regione potranno essere nominati commissari e i sub commissari governativi, se nominati, interverranno esclusivamente per l'attuazione di specifiche parti del piano di rientro.

L'intesa sul «Patto» è stata raggiunta dopo un vivace confronto tra le regioni, con i governatori del Sud che reclamavano meno paletti e più fondi. Interamente in sospenso è rimasto il capitolo della farmaceutica, in particolare le misure da 800 milioni degli extrasconti sui generici del "decreto Abruzzo" di aprile: se ne occuperà in questi mesi un tavolo ad hoc con l'Aifa (Agenzia del farmaco). Dal 31 dicembre scade il taglio del 12% al prezzo dei farmaci generici e le regioni (e gli assistiti) temono che dal 1 gennaio scattino gli aumenti, determinando un nuovo splafonamento della spesa, già pericolosamente in rosso per la farmaceutica ospedaliera.

La stretta per le regioni con i conti in rosso rafforza le regole attuali. Per chi supera il disavanzo standard sanitario strutturale (5%) scatta l'obbligo del piano di rientro col blocco del turn over del personale e delle

spese non obbligatorie.

Se il piano di rientro non supererà la verifica tecnica, o addirittura non verrà presentato, scatterà la nomina del governatore a commissario ad acta per la messa a punto entro 30 giorni del piano di rientro e per la sua attuazione. Con la nomina del commissario verranno sospesi automaticamente i trasferimenti erariali non obbligatori, decadranno tutti i direttori generali, sanitari e amministrativi di asl e ospedali-azienda, ma anche quelli dell'assessorato. E automaticamente si applicherà anche l'aumento delle addizionali oltre il tetto massimo, già oggi possibili e mai applicate perché teoricamente avrebbero dovuto coprire l'intero extradeficit: il «Patto» le conferma, fissandole però allo 0,15% in più oltre il massimo per l'Irap e allo 0,30% in più per l'Irpef. Le super addizionali (e il commissario ad acta) sono previste anche se il piano di rientro, nel corso della verifica annuale, si rivelasse inefficiente.

Per le regioni sottoposte ai piani di rientro sono però previste anche alcune facilitazioni. Da una parte viene data la possibilità dell'utilizzo dei Fas a co-



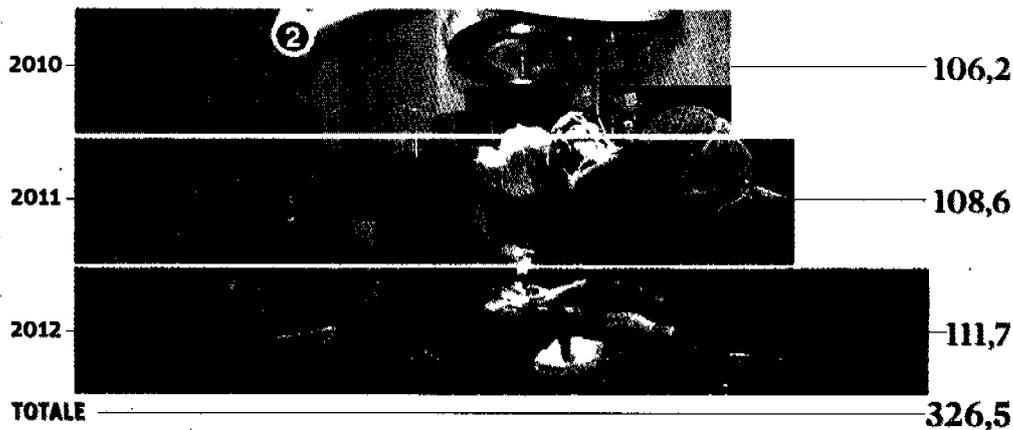
apertura dei disavanzi sanitari. Dall'altra risposta, come era già avvenuto nel 2008, la possibilità di anticipazioni fino a 1 miliardo a carico dello Stato, rimborsabili al massimo in 30 anni, per quanto riguarda i debiti sanitari ante 2005: un'opportunità che potrebbe interessare subito la Calabria, come afferma la stessa relazione tecnica del Governo all'emendamento presentato alla Camera.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il nuovo Patto per la salute

FONDI AGGIUNTIVI PER LA SANITÀ

In miliardi di €



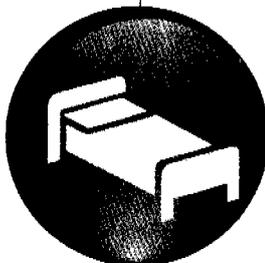
INVESTIMENTI PLURIENNALI

Interventi in edilizia e tecnologia



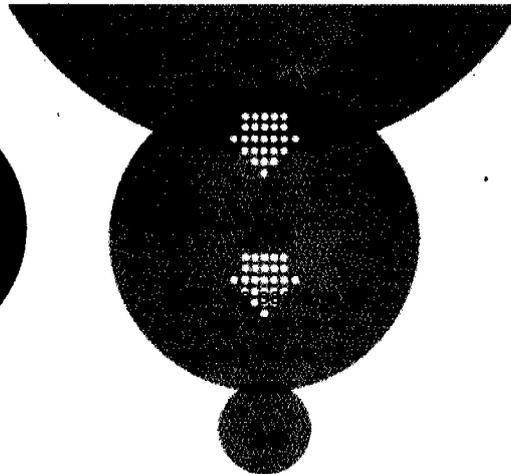
5,7
miliardi

Taglio dei posti letto



9.800
in meno
entro
giugno 2011

RIMODULAZIONE DELLE PRESTAZIONI



Fonte: Patto per la salute 2010-2012

INCONTRO A MILANO SULLA SCIENZA PER LA VITA

I farmaci sono strategici per l'Italia

*Dompé: «Le imprese farmaceutiche esportano il 53% della loro produzione di medicinali»
Sono oltre duecento i progetti di ricerca in sviluppo, di cui 176 nell'area delle biotecnologie*



INNOVAZIONE Sono 6230 in Italia i ricercatori della industria farmaceutica che occupa 40mila addetti



Sergio Dompé
presidente
Farindustria

Luigi Cucchi

La ricerca farmaceutica ha un ruolo strategico nello sviluppo economico e scientifico di ogni Paese. Saper produrre farmaci innovativi significa contribuire alla salute della collettività, ma anche sostenere la capacità competitiva di una nazione. La produzione di farmaci biotecnologici lo ha dimostrato. Le scienze della vita hanno un grande valore nella crescita di un Paese. L'Italia già ora è in grado di esportare farmaci ed anche ospedali d'avanguardia chiavi in mano, beni e servizi ad alto valore aggiunto fondati sulla conoscenza.

Della situazione e delle prospettive dell'industria farmaceutica italiana si è discusso in un incontro tenuto nei giorni scorsi a Milano ed orga-

nizzato dalle imprese italiane di **Farindustria** e da Assolombarda. Nel 2008 gli investimenti in ricerca e produzione dell'industria farmaceutica hanno superato in Italia i 2300 milioni di euro. I ricercatori sono 6230, 40mila gli addetti alla produzione di questo settore industriale che crea valore. Le imprese farmaceutiche italiane hanno dimostrato in questi ultimi anni di volere internazionalizzarsi puntando alla crescita attraverso l'innovazione. L'ultima operazione all'estero, meno di un mese fa, è stata realizzata da Sigma Tau che ha rilevato l'americana Enzon, una azienda farmaceutica specializzata nella produzione di medicinali per la cura di malattie rare. Altre imprese sono cresciute attraverso acquisizioni ed alleanze in numerosi Paesi: dalla Menarini che ha comprato in Germania la Berlin Chemie (grande produttore di farmaci per i Paesi dell'Est), alla Rottapharm, (ha acquisito la tedesca Madaus specializzata in farmaci naturali, ora il gruppo fondato dal professor Rovati, ha duemila addetti, di cui 250 ricercatori, è presente con filiali in 85 Paesi ed un volume di affari di 576 milioni), alla Recordati che realizza all'estero buona parte della sua attività, alla Chiesi. «Sono più di una trentina le acquisizioni all'estero concluse dal 2001 ad oggi dal-

le imprese farmaceutiche italiane che sviluppano oltre confine il 60% del loro volume di affari superiore ai 4,5 miliardi di euro», ha ricordato Sergio Dompé, presidente di **Farindustria**, precisando che a questo dato si devono aggiungere altri 3 miliardi grazie all'aumento dell'export. «La realtà delle imprese farmaceutiche operanti in Italia si conferma quindi, anche a fronte di un mercato interno sostanzialmente fermo, determinante sia per la crescita economica italiana con un export pari al 53% della produzione, sia per l'innovazione con duecento progetti di ricerca, di cui 136 in fase clinica nell'area biotech. Solo investendo in quest'area sarà possibile far crescere le imprese. In Italia - aggiunge il presidente Dompé - la spesa farmaceutica è inferiore a quella degli altri Paesi europei del 30% per i medicinali e del 10% per quella sanitaria. La spesa farmaceutica pro-capite è in Italia pari a 188 euro, contro i 211 del Regno Unito, i 253 della Spagna, i 318 della Francia, i 325 della Germania». E' necessario razionalizzare e ottimizzare tutte



le voci di spesa, a partire da quelle che sono cresciute di più. In Calabria, in Campania, nelle Puglie, nel Lazio, in Basilicata, si registrano i dati regionali più negativi riferiti al rapporto efficienza - qualità della spesa sanitaria. Secondo un recente studio del Cerm se tutte le regioni fossero efficienti la spesa sanitaria pubblica sarebbe inferiore di ben 11 miliardi di euro. La farmaceutica pubblica totale (convenzionata, distribuzione diretta, ospedaliera) rappresenta il 16% della spesa sanitaria totale ed ha determinato l'8% della sua crescita tra il 2001 e il 2009, rispetto al 68% degli altri beni e servizi diretti e in convenzione. Troppe volte i farmaci sono considerati prioritariamente una spesa, dimenticando che ogni anno evitano 6,4 miliardi di euro per minore ospedalizzazioni, interventi chirurgici evitati, rallentamento delle malattie degenerative. Oltre ad altri 6 miliardi di euro per minori giorni di lavoro persi e minore spesa per assistenza sociale. Anche i vaccini contribuiscono a spese più contenute: un euro destinato alla vaccinazione risparmia 24 in cure.

«È importante per il sistema paese - sostiene il professor Lucio Rovati, vice presidente esecutivo e chief scientific officer di Rottapharm - continuare ad investire nel settore farmaceutico e creare le condizioni favorevoli e le prospettive di medio - lungo termine perché le aziende continuino a crescere in Italia».

Lettera di un gruppo di professionisti all'estero: ecco perché ce ne siamo andati

I talenti in fuga scrivono al presidente “Pronti a tornare, ma via i dinosauri”

La speranza

L'Italia è un concentrato di nepotismo e gerontocrazia. Affidiamo nelle sue mani la speranza di immaginare un futuro meno nomade

LA LETTERA A NAPOLITANO

Un passo della lettera firmata da 16 giovani italiani ora all'estero

Le testimonianze



LA PROFESSORESSA

Teresa Fiore, 39 anni, siciliana, master e dottorato in Usa, insegna ad Harvard. Le avevano offerto di essere assunta come addetta alle fotocopie



L'ECONOMISTA

Marco Fantini, 44 anni, friulano, economista alla Commissione Europea. In Italia gli avevano detto: "Noi assumiamo solo chi conosciamo"



IL CONSULENTE

Giuliano Gasparini, 33 anni, di Pescara, opera a Madrid nel settore turistico come *senior associate*. È stato assunto dopo un colloquio seguito a un contatto su LinkedIn



CINZIA SASSO

MILANO — «Illustrissimo presidente, negli ultimi anni centinaia di migliaia di giovani italiani sono emigrati all'estero, per fuggire dal paese più immobile d'Europa. Un concentrato di im-meritocrazia, nepotismo e gerontocrazia che ha pochi pari nel nostro Continente». Comincia così la lettera che sedici giovani italiani costretti a scegliere di andare a lavorare all'estero, hanno scritto a Giorgio Napolitano, e le parole pronunciate ieri del presidente sono una prima immediata risposta. Sono artisti, manager, ricercatori, ingegneri, professori, che negli Stati Uniti, in Spagna, Francia, Gran Bretagna, Belgio, hanno trovato quello che cercavano: la possibilità di dimostrare il loro valore, di disfrut-

tare le loro capacità, di dare un senso alla propria vita, di vedere riconosciuto il loro impegno.

Ragazzi che non avevano voglia di stare a casa a fare i bamboccioni; giovani — tra i 28 e i 40 anni, che in nessun altro paese sarebbero ancora definiti ragazzi; uomini e donne che credono in se stessi e nelle competenze che con impegno hanno acquisito. Persone che hanno però raggiunto una convinzione: l'Italia non è un paese per giovani e nemmeno per chi è bravo. A Napolitano hanno raccontato perché, dopo aver provato inutilmente a sfondare in Italia, se ne sono andati; ma anche a quali condizioni potrebbero tornare. E lui hanno chiesto di fare qualcosa per «rendere questo paese un luogo dove i giovani possano vivere e affermarsi solamente sulla base del merito, senza biso-

gno di parentele e cooptazioni».

Le loro storie, e anche molte di più, sono state raccolte in un libro, *La fuga dei talenti* (di Sergio Nava, edizioni San Paolo), che ha saputo anticipare il dibattito che sarebbe esploso. Nel 2006 la fuga dei giovani professionisti italiani è costata al sistema paese oltre un miliardo e 700 milioni di dollari: tutto quello che si è speso per formarli, dalle elementari all'università, se n'è andato lontano, a portare ricchezza da un'altra parte. Perché — scrive da New York il compositore Oscar Bianchi — «in Italia la mia "categoria" non ha il diritto di esistere». E Damiano Migliori, ingegnere in Francia: «Sento l'Italia come il mio paese, ma è in declino, e non vedo leve per migliorare». Una sorta di Spoon River. Cristina Cammarano, America, professore universitario:

«Come insegnante, in Italia, non avrei potuto nemmeno pagare l'affitto e avrei dovuto agonizzare per anni aspettando la morte del mio "barone" per prenderne il posto». Marco Fantini, economista, Belgio: «L'Italia guarda solo al passato e i diritti "acquisiti" lo sono sempre dalle stesse persone». Patrizia Iacino, desi-



gner, Usa: «Il nostro paese è fermo e ha un solo interesse: lasciare intatti i privilegi». Giuliano Gasparini, consulente, Spagna: «Me ne sono andato perché non sono disposto ad accettare che le decisioni da noi vengano prese solo sulla base di interessi specifici». Paolo Besana, ricercatore, Gran Bretagna: «Qui so quello che mi spetta, dalla posizione in coda all'ufficio postale ai riconoscimenti in università, e non devo combattere contro chi cerca di passarli avanti».

Tornerebbero, scrivono, e però hanno le idee chiare sul cambiamento che vorrebbero: «Se le tasse più alte e la retribuzione più bassa venissero compensate da una riduzione dell'aliquota fiscale»; «se la gente smettesse di pensare che la via furba è quella giusta per raggiungere i propri obiettivi»; «se ci fosse il rispetto dei valori di onestà e legalità»; «se qualche dinosauro venisse sostituito da un giovane di talento»; «se ci fosse trasparenza, non clientelismo e soprusi». «Presidente — conclude la lettera — siamo consapevoli delle difficoltà, ma affidiamo nelle sue mani la speranza di immaginare un futuro meno nomade per i talenti italiani costretti a lasciare il paese che amano».



Le testimonianze



L'INGEGNERE

Dario Pompili, 32 anni, romano, insegna ingegneristica a Princeton. A La Sapienza gli avevano detto: "Qui c'è il blocco delle assunzioni"



LA RICERCATRICE

Paola Olivieri, 40 anni, di Palermo, studia genetica ed evoluzione all'University College di Londra. A Palermo trasportava i faldoni da un dipartimento all'altro



LA DESIGNER

Patrizia Iacino, 39 anni, calabrese, ha fondato una sua azienda a New York, la Metroquadro Design: "Sono bastati pochi minuti e pochi clic su Internet"

MALATTIE GENETICHE di Agnese Codignola

LA RICERCA FUNZIONA

Saranno tutti in Italia per le giornate della raccolta fondi Telethon, dall'11 al 13 dicembre (www.telethon.it), i 13 adolescenti ex bubble boy curati con la terapia genica messa a punto da Maria Grazia Roncarolo del San Raffaele di Milano contro questa grave immunodeficienza congenita. Il protocollo è oggi utilizzato in tutto il mondo e nel 2005 ha ricevuto la qualifica di medicinale orfano dall'Agenzia europea del farmaco (Ema). Ma non è l'unico messo a punto dai ricercatori Telethon per curare malattie rare. L'amaurosi congenita di Leber, ad esempio, è un'altra malattia genetica che conduce a cecità e per la quale è in corso, presso il Children's Hospital di Filadelfia, uno studio di terapia genica che vede coinvolti anche il Tigem e la Seconda università di Napoli. I risultati di due anni di sperimentazione sono molto positivi: il trattamento non ha provocato effetti collaterali, e ha portato a un miglioramento delle capacità visive. Altri protocolli promettenti messi a punto con finanziamenti Telethon sono allo studio per la leucodistrofia metacromatica, una malattia neurodegenerativa progressiva per la

quale nel 2010 partirà una sperimentazione basata sulla somministrazione di cellule staminali, e per la distrofia muscolare di Duchenne e di Becker, due varianti della stessa

malattia neuromuscolare affrontata con due approcci diversi; uno è basato sull'impiego di cellule staminali, l'altro sulla terapia genica.

Che cosa mi aspetto da chi deve salvarmi

Testimonianze Nella zona grigia fra esistenza e morte, che fare? Rinunciare a terapie inutili o difendere la vita? Se lo chiede un giornalista che conosce, da vicino, la sofferenza.

di OSCAR GIANNINO*

Chi qui scrive ha esperienza diretta di dolore e malati terminali. È un liberale individualista. E ha imparato negli anni ad avere un rispetto straordinario per quanto la Chiesa cattolica insegna, anche in materia di morte. Il Catechismo cattolico afferma il suo no all'eutanasia. Ma l'astensione terapeutica

Il nichilismo dell'Occidente

È vero anche per certi versi che un Occidente liberale che preferisce la «morte dolce» alla sofferenza rivela il nichilismo di cui è sempre più impastato. Ma questa non è materia di opinioni tagliate con l'accetta. Da liberale, tranne l'affermazione di principi generali sulla dignità del malato da preservare e sull'autodeterminazione delle sue volontà in vita, non vorrei parlamenti di mezzo.

So troppo bene che ai malati terminali, o anche solo a tanti anziani parcheggiati negli ospedali, la morte, fuori dalle prime pagine, viene da decisioni anonime di medici e paramedici assai più che da coscienti volizioni dei parenti. Diamo a tutti allora il diritto-dovere di procedere al «living will», il testamento biologico delle ultime volontà, in cui disporre di sé contro le ipotesi di accanimento terapeutico. Facciamone un atto individuale prescritto del vivere civile, e per il resto sia terreno di medici e commissioni bioetiche, non di parlamenti e magistrati. Anche la Chiesa cattolica, nella sua saggezza, è favorevole: il Papa polacco, con la sua sofferenza, ci ha detto questo.

Personalmente, non mi faccio staccare la spina, nelle condizioni di Terry Schiavo. E stilo una casistica precisa delle lesioni cerebrali per le quali stac-



CHRIS RYAN/GETTY IMAGES



Di che vita vogliamo morire

«Di che vita morire» (editore Gaffi) sarà presentato a Milano l'11 dicembre in un convegno sui temi del fine vita e del testamento biologico.

per evitare l'accanimento di fronte all'irreversibilità è altra cosa, e la Chiesa l'accoglie. Staccare la spina di fronte alla residua sola attività di parti del tronco encefalico e alla comprovata irreversibile lesione della parte corticale e subcorticale è altro che praticare iniezioni letali a chi ha paura del dolore o chiede suicidi assistiti, ai quali sono e resterò sempre fermamente contrario.



Spesso medici e familiari rinunciano a terapie di mera sopravvivenza.

care o no: non crediate infatti che la morte clinica e anche quella cerebrale siano «oggettive»... Anche della morte non si finisce mai di imparare. E, in ogni caso, non lo si fa solo materialmente alla mano. Non c'è bisogno necessariamente di credere in Dio, anche se aiuta, per impedirsi di vedere altro tra noi e il cielo che la pala del becchino.

Sto coi medici che mi faranno morire in pace

Quasi 20 mila l'anno. Sono i decessi nei reparti di rianimazione che avvengono perché un medico decide di desistere da terapie di mera sopravvivenza. Di solito d'accordo con i familiari del politraumatizzato, o dell'ammalato senza speranza, e che soffre dannatamente. La stima dello studio, curato in 84 reparti da un'équipe del Mario Negri di Milano, ha fatto sobbalzare solo chi non ha esperienza di come funzionino davvero quei reparti come gli altri destinati ai malati terminali.

Per quel che mi riguarda, è una stima del tutto conservativa: se è approssimativa, lo è per difetto, non per eccesso. Riguarda infatti appunto solo i reparti di rianimazione, e non anche quelli dei terminali. Io conosco meglio questi ultimi. Quando è uscita la stima del Mario Negri, avevo appena accompagnato alla fi-

ne un malato di cancro che avevo conosciuto venendo a Milano. Pensavo durasse ancora un mesetto o più, devo dire la verità. Poi mi hanno chiamato che era già mezzanotte passata, perché i familiari sapevano del desiderio che ci impegnava l'un con l'altro, maturato nelle notti passate insieme a leggergli libri e a farlo parlare della vita trascorsa, quando ancora antidolorifici e macchine extracorporee gli permettevano pause di qualche ora di lucidità.

Lo dico non per altro. Ma anche nel suo caso con sicura probabilità avrebbe potuto restare per settimane ancora, in quell'ombra inconsistente di mera corporeità devastata in cui il progredire dovunque del male lo aveva sempre più sprofondato dopo una tenace, lucida, consapevole lotta che all'inizio aveva fatto sperare lui e i suoi cari. Ma a quel punto ormai nulla di noto agli umani di oggi poteva restituire funzionalità ai tessuti riarsi e alle loro cellule impazzite. Per fronteggiare il dolore crescente, le dosi di farmaco erano divenute massicce e inibenti, le funzioni vitali si erano pregiudicate una dopo l'altra. Le macchine potevano garantire scambi metabolici. Non la vita.

Ecco come e perché si «desiste». In

migliaia di casi. Che sono sotto gli occhi di tutti, se solo volessimo gettare un occhio in nosocomi e cliniche, invece di temere il male come la peste e rifuggire per anni, spesso, sinché è troppo tardi, anche da minime analisi di routine, per non scoprirci malati.

Ed è questa cruda ma innegabile realtà che dovrebbe innervare il dibattito che ogni volta si riaccende intorno a temi come il testamento biologico, con cui si designa la disposizione delle ultime volon-

tà di ciascuno di noi in caso di patologie estreme, e l'eutanasia che con tutto ciò non c'entra per nulla. L'eutanasia

è l'assistenza deliberata di medici, paramedici o di chiunque alla deliberata volontà di autosopprimersi di un altro individuo. La desistenza di fronte a traumi mortali, il rifiuto dell'accanimento terapeutico di fronte a patologie terminali sono tutt'altra cosa. Lo sono biologicamente, dunque oggettivamente, e moralmente, quindi soggettivamente.

Mi scuso se in questo posso eventualmente ferire la sensibilità di lettori convinti che sia ignaro del principio della sacralità della vita, e del precetto assoluto della sua difesa che vale per ogni credente. Scrivo di queste cose da anni in punta di piedi, con rispetto per tutti. Un rispetto che non trovo nelle scomuniche reciproche con cui una cattiva politica si demonizza a vicenda su questi temi, arroventando un confronto che va condotto con ben altri toni. Una politica che vorrebbe scrivere in legge per ogni singola patologia laddove ci si deve arrestare. Una follia, dal mio personalissimo punto di vista.

Mi sforzo di scrivere con rispetto per tutti. Ma a cominciare da quello che mi lega ai diversi umani che ho avuto la ventura di accompagnare fino alla fine, assistendoli. Tutti mi fanno compagnia, ciascuno di loro chiede rispetto per una soglia di dolore divenuto intollerabile in nome della dignità di ciò che è vita, rispetto a ciò che non lo è più, né mai potrà più tornare a esserlo. Il diritto di farci morire in pace esiste. Non dimentichiamolo mai, per favore. Legge o non legge, è un diritto che viene prima. ●

* testimonianza tratta dal libro «Di che vita morire» di Antonio Del Pennino e Daniele Merlo, a cura di Giancarlo Giojelli

Ricerca

Il cancro non è legato ai cellulari

■ Da lungo tempo si guarda con sospetto ai cellulari, più volte additati come nocivi per la salute o addirittura legati a casi di cancro al cervello, con una serie di studi pronti a provare tutto e il contrario di tutto. Ora un ampio studio pubblicato sul Journal of the National Cancer Institute da Isabelle Deltour dell'Istituto di Epidemiologia dei Tumori a Copenaghen mostra che non vi è nessun rapporto tra l'aumento dell'uso dei telefonini e il numero di casi di tumore. Gli esperti hanno esaminato l'incidenza annuale di glioma e meningioma tra adulti di 20 anni di Danimarca, Finlandia, Norvegia e Svezia e identificato 60.000 pazienti cui è stato diagnosticato uno di questi tumori tra 1974 e 2003: la frequenza dei tumori non è variata nel tempo in modo tale da essere collegabile all'uso crescente dei cellulari.





Gloria Saccani Jotti

L'Ire di Roma scopre un gruppo di geni che sviluppano il tumore

È stato identificato presso i nuovi Laboratori dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma (Ire) un gruppo di geni ed il loro meccanismo molecolare che consente di rendere i tumori più invasivi, grazie alla capacità di favorire la produzione di vasi sanguigni e di conseguenza la progressione e diffusione del tumore (metastasi). Tre i geni principali coinvolti nel meccanismo dello sviluppo: p53, E2F1, ID4, mentre sono 186 i casi di tumore al seno osservati a conferma dei risultati. Il lavoro è stato svolto da un team multidisciplinare dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena ed è stato finanziato dall'AIRC e dalla Comunità europea. Il tumore, sin dalle prime fasi della propria crescita, induce la formazione di nuove strutture vascolari a partire da quelle preesistenti nell'organismo. In questo modo le cellule tumorali riescono ad ottenere il sangue necessario alla loro sopravvivenza, riproduzione, invasione e diffusione (metastasi). Si sa che i tumori con mutazioni del gene p53, in media il 50%, sono più aggressivi e più resistenti alle terapie e che il gene P53 mutato ha un'alta frequenza in alcuni sottotipi di tumore al seno. Lo studio pubblicato su «Nature Structure Molecular Biology» dimostra che nelle cellule tumorali dei 186 casi osservati la proteina mutata p53 ed E2F1 cooperano portando alla iperproduzione di un'altra proteina, la ID4; quest'ultima è in grado di legare e stabilizzare gli RNA necessari per la formazione di fattori pro-angiogenici (IL8 e GRO-alpha), aumentando in questo modo la capacità delle cellule tumorali di richiamare vasi sanguigni. «Questa scoperta è stata possibile - spiega il dottor Giovanni Blandino - anche grazie all'applicazione della tecnologia dei microarray, impiegata nell'analisi dei profili d'espressione genica, vale a dire nella valutazione di quali geni sono accesi e quali spenti in una determinata situazione. Questo sistema, disponibile nel nostro laboratorio di Oncogenomica Trasazionale, appartiene alla categoria delle così dette tecnologie ad ampio spettro e permette di studiare l'espressione di decine di migliaia di geni contemporaneamente ed in tempi molto rapidi». Ed è proprio utilizzando questo tipo di tecnologie che si prosegue la ricerca. L'obiettivo è quello di identificare altri RNA (già ne sono stati messi in evidenza 28).



AVANZA LA DIAGNOSI PRECOCE

Dalla Harvard university una luce rossa per individuare il carcinoma mammario

Luisa Romagnoni

■ Il comune di Roma è il primo in Europa ad adottare un programma di diagnosi precoce del tumore al seno. Si sono attivati i laboratori diagnostici dell'Istituto di previdenza ed assistenza dipendenti del comune capitolino (IPA) che hanno realizzato una Unità senologica avanzata (Breast Unit Advance) dotata degli strumenti più innovativi come il Dynamic optical breast imaging (Dobi), un apparecchio di indagine che impiega una luce monocromatica che si blocca nelle zone del seno dove vi sono aree sospette cancerose e passa indenne dove il tessuto è sano. Con questa tecnologia (ComfortScam) è possibile individuare lesioni anche molto piccole, inferiori a due millimetri. Sviluppata in America nei laboratori della Harvard university, poi in Cina, si sta ora diffondendo in tutti i Paesi occidentali. E' un esame veloce (40 secondi)

non invasivo e non doloroso, privo di radiazioni, coglie le variazioni di assorbimento della luce dei vasi sanguigni che alimentano il tumore già nelle fasi iniziali (angiogenesi). E' una metodologia che integra quelle già disponibili come la mammografia che nelle donne con mammella densa nella fascia di età 20-45 anni ha però una bassa sensibilità. Anche la Risonanza magnetica e la Pet, estremamente costose,

ROMA Il comune impiega un nuovo strumento per individuare le cellule neoplastiche

possono non offrire risultati certi nella rilevazioni delle micro calcificazioni o nel caso dei piccoli tumori. La diagnosi precoce del cancro alla mammella consente di intervenire nella fase iniziale della crescita della lesione neoplastica ed è quindi di fonda-

mentale importanza. Il tumore al seno è il più frequente nella popolazione femminile dei Paesi occidentali. La stessa Commissione sanità europea ha invitato quest'anno tutti i Paesi membri a raddoppiare gli sforzi per prevenire il cancro al seno e consentire diagnosi precoci. Suggerisce di effettuare 125 milioni di esami all'anno ed oggi siamo a meno della metà. La Fondazione Veronesi ha lanciato la campagna «Mortalità Zero» entro il 2019 per i tumori al seno. Ogni anno questa neoplasia colpisce 37 mila donne e causa 11 mila decessi. È considerato un «Big Killer», in Italia setto donne su cento manifestano clinicamente un carcinoma mammario. In generale i tumori, tra cui quelli mammari, si formano nel tempo mediante l'accumulo di numerose alterazioni cellulari, correlate ad un processo neo-angiogenetico che rende possibile la proliferazione cellulare incontrollata, quindi cancerogena.



Oncologia Gli Stati devono eliminare i troppi fattori di rischio ambientale

«Occorre prendere atto che i progressi della medicina hanno raggiunto i loro limiti e la sconfitta del cancro non può che arrivare dalla prevenzione», dichiara Dominique Belpomme, oncologo di fama internazionale presso il centro ospedaliero universitario Georges Pompidou di Parigi, presidente dell'Associazione francese per la lotta contro i tumori (Artac) e autore di un recente saggio sulla prevenzione dei tumori «Come guarire dal cancro e come evitarlo» (Edizioni Lindau 2009, pagg. 512).

Il volume, frutto di una attività di ricerca trentennale di Belpomme, si rivolge ai malati e ai loro familiari, ai ricercatori e alla società.

«Circa un quarto dei tumori è di origine ambientale», afferma Dominique Belpomme e «le cause sono da ricercare nell'inquinamento fisico-chi-

mico e biologico del nostro ambiente». Che fare dunque, dal punto di vista individuale e collettivo per lottare contro il cancro?

La prevenzione innanzi tutto. Secondo l'Appello di Parigi, la dichiarazione internazionale sui pericoli sanitari dell'inquinamento chimico sottoscritta anche dall'Italia e di cui lo stesso Belpomme è primo promotore «il nostro organismo esposto a molteplici fattori cancerogeni, produce senza sosta e a nostra insaputa molti inizi di cancro, invisibili al microscopio ma che evolvono in lesioni precancerose che vanno individuate il prima possibile. Ma per sconfiggere la malattia occorre agire ancora prima ed evitare che le prime cellule cancerogene nascano e si sviluppino nell'organismo. Gli Stati devono eliminare dall'ambiente i fattori di rischio tumorali. LC



Nel capoluogo un terzo delle perdite della regione: 750 milioni

Alla Asl Napoli 1 va in scena la gestione sempre «allegra»

Fabio Pavesi

«Addà passa a nuttata». Sembra di risentire il lamento dolente di Eduardo De Filippo. Peccato che per la sanità in quel di Napoli quella notte non passi mai, un tunnel lungo e buio da cui non si vede l'uscita. Del resto basta prendere quel bubbone che è l'azienda sanitaria Napoli 1, la più grande e indebitata dell'intero Paese. Un crocevia di ospedali cittadini e ambulatori di base, un groviglio di sperperi e ruberie, come ha accertato la magistratura che in febbraio ha arrestato nove tra funzionari e dirigenti per appalti truccati. Ma al di là degli illeciti c'è quella che la Corte dei conti chiama eufemisticamente gestione "allegra". Che è forse peggio. Qualche numero può aiutare: da anni l'asl cittadina (oggi commissariata da esponenti vicini al Governatore Bassolino) è una voragine nei conti della sanità campana. Tra il 2005 e il 2007 il bilancio ha visto un buco di oltre 1,3 miliardi. Una cifra enorme che ha effetti devastanti sul disavanzo complessivo che ogni anno la regione Campania accumula. Solo la famigerata Napoli 1 ha un residuo di passivo per 750 milioni negli ultimi tre anni, un terzo dei 2,1 miliardi di perdite che l'intera regione ha prodotto tra il 2006 e il 2008.

Tanta munificenza nell'usare risorse pubbliche darà almeno una sanità migliore? Pare di no, visto l'esodo dei napoletani verso gli ospedali del Nord. La verità è che quei costi lievitano in virtù di un malinteso welfare sociale. Perché lì a Napoli 1, i dipendenti hanno incassato per anni prebende ingiustificate. Come l'indennità infettivi elar-

I PARADOSSI

Per anni tutti i dipendenti hanno incassato l'indennità «infettivi» e compensi accessori doppi rispetto alle altre aziende sanitarie

gita a impiegati amministrativi e a ogni genere di dipendente che mai entrerà in un reparto a contatto con i malati. E poi c'è un mistero insoluto. Perché ai dipendenti tutti (medici, infermieri, personale tecnico) la regione paga da anni compensi accessori che sono a livelli doppi rispetto alla media regionale? Forse che il sistema di ospedali e ambulatori della città del Vesuvio sia più efficiente e produttivo del resto della Regione?

Che ci sia un problema di anomala cattiva gestione lo dicono i numeri. Andrebbe spiegato ai

napoletani una volta per tutte perché al presidio ospedaliero Napoli est il costo medio per un ricovero è di 10mila euro quando negli ospedali del salernitano bastano 3mila euro e perché nei due presidi di Napoli est e ovest i ricavi coprono a malapena la metà dei costi mentre al Santobono o al Federico II (e siamo sempre a Napoli città) si arriva a rendere efficiente anche la sanità con i costi pareggiati dai ricavi. Almeno lì non si pratica la scorciatoia del disavanzo costante che produce quegli effetti di buco nei conti cronico che è il male di Napoli.

E poi ci sono le follie, tante e piccole. Racconta Ezio Rivellini, battagliero deputato di An oggi europarlamentare. «All'ospedale degli Incurabili non c'è il neuroradiologo. Se ti fai male ti fanno la Tac, la trasportano in ambulanza al San Giovanni Bosco per farla referitare e poi la riportano, sempre in ambulanza agli Incurabili». Una storia che va avanti da anni. Certo quel viaggio in ambulanza avanti e indietro con, come paziente, una lastra costa assai più dell'assunzione di un radiologo. Ma pazienza tanto paga Pantalone, cioè tutti e nessuno.

fabio.pavesi@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità Il ministro replica a Montino Sacconi: la Regione pagata regolarmente Resta il nodo ospedali

«Alla Regione Lazio sono stati regolarmente erogati tutti gli importi dovuti». Il ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, dopo alcuni giorni di silenzio, ha replicato in una dettagliata nota al dossier del vicepresidente, Esterino Montino, che aveva lamentato il mancato trasferimento di 4 miliardi di euro da parte del governo Berlusconi. «La via maestra per evitare che i disavanzi accumulati nella sanità incidano in maniera così pesantemente negativa sulla vita economico-sociale - ha scritto Sacconi - è quella di sanare gli squilibri strutturali del sistema sanitario regionale». Secondo il ministro «a fine 2009 il riassetto strutturale può dirsi conseguito solo parzialmente, in quanto il principale elemento distorsi-

vo, connesso alla rete ospedaliera, risulta tuttora presente e privo di un'adeguata programmazione correttiva». Inoltre «non risulta chiara la relazione tra le difficoltà finanziarie della sanità del Lazio - ha aggiunto - e quelle del sistema degli altri enti locali, il cui finanziamento regionale è del tutto autonomo e separato».

E ieri la sanità è stata al centro di un convegno organizzato all'Eur sul rapporto tra pubblico e privato. Riccardo Fatarella, presidente della Consulta Sanità della Confindustria Lazio, ha apprezzato «lo sforzo della giunta regionale sul piano di rientro sanitario», ma ha riconosciuto che «non si è riusciti ad incidere sui nodi strutturali». Per evitare incertezze Fatarella ha sottoline-

ato: «Noi vogliamo il Servizio sanitario pubblico universalistico, solidaristico e egualitaristico. Vogliamo che sia efficiente e non assistenzialista e crediamo che una migliore collaborazione e integrazione con il privato sia un modo valido per tutelare il cittadino malato». Fatarella ha anche proposto contro le liste d'attesa troppo lunghe «un Centro prenotazione unico con strutture pubbliche insieme a quelle private convenzionate».

Intervenendo all'incontro il senatore Domenico Gramazio (Pdl) ha sollecitato «la futura giunta regionale, chiunque vinca le elezioni, a approvare

Fatarella (Confindustria)

«Apprezziamo gli sforzi della giunta regionale, ma non si è riusciti ad incidere sui problemi strutturali»

un nuovo piano sanitario che manca dal 2004». D'accordo Luciano Ciocchetti (Udc): «Nei primi 6 mesi della prossima legislatura è possibile mettere il sistema in rete con un vero piano sanitario». L'assessore regionale alla Cultura, Giulia Rodano (Sinistra e libertà), ha replicato: «Abbiamo bisogno di investimenti prima di pensare di ridurre la spesa». L'europarlamentare Alfredo Pallone (Pdl) ha chiesto «ai partiti di fare non uno, ma 50 passi indietro sulla sanità» perché è necessario puntare sulla trasparenza «nei concorsi dei direttori generali delle Asl e dei primari e negli appalti, magari usando un audit civico di controllo».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



BREVI

Dall'Economia

INFLUENZA

Via alla vaccinazione degli over 65

Sono 111 in Italia le vittime dell'Influenza A, mentre i casi gravi che necessitano di assistenza respiratoria sono 391. I dati sono del bollettino quotidiano del ministero della Salute. Ieri il viceministro Fazio ha inoltre annunciato di aver firmato «l'ordinanza per estendere la vaccinazione contro l'influenza A agli over 65 con patologie croniche». Il vice ministro ha poi aggiunto che «oltre a questi soggetti, c'è il via libera anche per vaccinare i bambini tra i 6 mesi e i 17 anni».



IL PRIMO FORUM DEL BARILLA CENTER FOR FOOD AND NUTRITION

“Uno stile di vita a basso impatto può garantire cibo a tutto il mondo”



Al forum
Guido Barilla
con Vandana
Shiva
al dibattito
su Food
& Nutrition
organizzato
dal gruppo
Barilla

E i Paesi avanzati guadagnerebbero in salute: meno diabete e infarti

ROMA

Il cibo significa politica internazionale, significa cultura e stile di vita, significa sostenibilità economica e ambientale. Di tutto questo si è parlato ieri al primo International Forum del «Barilla Center for Food and Nutrition», un organismo di esperti impegnati a seconda delle loro competenze sui temi del cibo e dell'alimentazione sostenuto dalla Barilla. Molte le voci presenti nel confronto di ieri, stimolato dai direttori de *Il Sole 24 Ore* Gianni Riotta e de *La Stampa* Mario Calabresi: da Mario Monti a Barbara Buchner, da Gabriele Riccardi a Umberto Veronesi, da Vandana Shiva a Valerio De Molli solo per citarne alcuni. Un dibattito «denso», che trova la sua sintesi nel folle paradosso che vive il nostro pianeta: ogni anno nel mondo 36 milioni di persone muoiono di fame e 29,2 milioni muoiono per malattie legate all'eccesso d'alimentazione. La fame porta via 5,6 milioni di bambini sotto i 5 anni, la sovralimentazione produce ogni anno 17,5 milioni di morti per malattie cardiovascolari, 3,8 per diabete e 7,9 milioni per tumori. C'è

un miliardo di affamati e 1,142 miliardi di «sovrappeso».

Un mondo che non va. Per non parlare delle conseguenze «globali»: il settore dell'agricoltura (in senso esteso) produce il 33 per cento circa delle emissioni di gas serra, di cui il 20% la sola zootecnia. Un problema che significa gestione delle risorse idriche (scarse, e più scarse in un futuro pianeta più caldo); che significa difesa della biodiversità, tema affrontato dalla scienziata e attivista ambientalista indiana Vandana Shiva, e insieme difesa delle peculiarità culturali e di stili di vita più compatibili con la salute nostra e del mondo.

Molto interessanti i dati sugli effetti dello stile alimentare sulla «impronta idrica», ovvero l'utilizzo diretto e indiretto di acqua medio pro-capite, considerando naturalmente anche contenuto di acqua virtuale. Lo stile di vita e la dieta alimentare degli Stati Uniti è quello a più alto impatto ambientale, con una impronta idrica del cittadino Usa di 2.483 metri cubi annui. La media Ue è di 1.633 metri cubi, ma l'italiano medio è tra i cittadini che sprecano più acqua dell'Unione: 2.332 metri cubi, che equivalgono al contenuto di una piscina olimpionica lunga 50 metri. Un'indiano «usa» soltanto 980 metri cubi d'acqua. Secondo i calcoli degli esperti di Barilla e Ambrosetti, potremmo passare a comportamenti domestici più efficienti (come dimezzare la durata della doccia o usare la la-

vastoviglie solo a pieno carico). E insieme, a consumi alimentari più virtuosi: ridurre del 35% il consumo di carne, del 15% di latticini, del 25% di uova, aumentare del 25% i cereali, del 60% le verdure, del 50% la frutta. Oltre a migliorare la nostra salute, questo cambiamento ci permetterebbe di risparmiare 464 metri cubi di acqua l'anno. Mettendo insieme tutta la popolazione italiana, metà dell'acqua contenuta nel lago di Como. [R. G.]

