

Rassegna del 19/05/2010

AVVENIRE - "Quel bimbo gemeva. Basta aborti tardivi" - Bellaspiga Lucia	1
AVVENIRE - "Applicare i primi articoli della 194" - Bellaspiga Lucia	3

**LE INCHIESTE
DI AVVENIRE**

«Quel bimbo gemeva Basta aborti tardivi»

Roccella: da vietare dopo la 22esima settimana

Nella relazione degli ispettori del ministero si ribadisce che il piccolo ha «sicuramente dimostrato

di aver avuto capacità di vita autonoma, nonostante il completo abbandono»

il caso Rossano

In seguito alla vicenda del bimbo abortito vivo e lasciato per 24 ore senza assistenza, interpellanza di Luisa Santolini (Udc) e risposta del sottosegretario alla Salute

DI **LUCIA BELLASPIGA**

Angelo (lo chiameremo così), abortito volontariamente il 24 aprile scorso all'ospedale di Rossano Calabro quando era un feto già di almeno 22 settimane, «è sopravvissuto senza alcuna cura per 24 ore, dodici delle quali in gran parte notturne, in grave ipotermia», adagiato su una ciotola di metallo «poggiata su di un carrello». Un fatto che non ha granché scosso i media nazionali (mentre ha fatto scalpore su quelli internazionali), ma che nella ricostruzione del sottosegretario Eugenia Roccella - chiamata a rispondere a un'interpellanza urgente della deputata Udc Luisa Santolini - suona ancora drammatico. Coperto da un telo in attesa di essere gettato tra i "rifiuti speciali" dell'ospedale, Angelo è stato dimenticato lì, finché il giorno dopo una dottoressa passata per caso non ha «percepito un rumore. Rimosso il telo poté verificare la presenza di un neonato» ancora capace di emettere gli ultimi gemiti. Dopo l'aborto - ha

spiegato il viceministro alla Salute - «supponendo la diagnosi di morte certa non è stato chiamato né il pediatra né il rianimatore. Il neonato è stato avvolto nel telo e adagiato su un fasciatoio in attesa di un suo trasporto nella camera mortuaria, e in tale luogo è rimasto», continuando a gemere e lottare per la vita tutta la notte e il mattino successivo.

Non solo un evento umanamente e moralmente terrificante, ma anche una totale infrazione della legge 194 ("Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza") che così dice: dopo i tre mesi di gra-

vidanza, è possibile abortire esclusivamente in due casi, ovvero quando la gravidanza comporta un grave pericolo di vita per la donna, e quando nel nascituro siano accertate anomalie non solo "rilevanti" ma anche determinanti un "grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna"; non solo: *quando* ormai c'è la possibilità che il nascituro abbia già vita autonoma (e alla 22esima settimana questo avviene già con una certa frequenza) l'aborto può essere praticato esclusivamente nel primo caso (grave pericolo per la vita della donna) e "il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto". Angelo non aveva alcuna "rilevante" malformazione, solo una palatoschisi (il labbro leporino), eppure un medico del dipartimento di salute mentale di Cosenza ha dato il via libera, certificando in quel labbro leporino «un grave pericolo per la salute psichica» della madre. E di salvaguardare la sua vita nessuno si è comunque sognato.

«Non si è a conoscenza di cosa sarebbe successo se fosse stato subito soccorso adeguatamente in un ospedale attrezzato», ha rilevato la Roccella, ricordando l'inutile corsa alla terapia intensiva neonatale di Cosenza, «ma sicuramente ha dimostrato di aver avuto capacità di vita autonoma, nonostante il completo abbandono». Per un aborto così a "rischio sopravvivenza" «e-



LEGGE 194 QUANDO È CONSENTITO L'ABORTO

La legge 194/78 indica (articolo 4) che l'aborto è permesso entro i primi 90 giorni alla "donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito".



Articolo 6

L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

- a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Articolo 7

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.



ra necessario un ospedale e del personale attrezzato per grandi prematuri», ha ricordato. Di qui l'impegno del governo «che sta valutando quale strumento utilizzare per vietare gli aborti oltre la 22esima settimana di gravidanza, come ormai conviene l'intera comunità scientifica» (alla 24esima settimana il 50% dei feti ha già vita autonoma), «e affinché le interruzioni di gravidanza tra la 20esima e la 22esima settimana siano effettuate solo presso unità ospedaliere con terapia intensiva neonatale». Perché se un altro feto sfuggisse alle maglie della morte e venisse al mondo vivo, riceva le stesse cure di qualsiasi bimbo nato prematuro, uguale a lui ma non chiamato aborto né rifiuto speciale.



Eugenia Roccella

«Applicare i primi articoli della 194»

Santolini: «Il criterio della salute psichica della donna spesso è un chiaro escamotage per garantire aborti oltre il limite». Il bimbo aveva solo un labbro leporino

DA MILANO

«**C**hiedo al governo se è stato accertato che la 194 sia stata rispettata. La legge prevede l'assistenza e l'intervento dei sanitari nel caso in cui, a seguito di un aborto, il feto presenti attività vitali. Non mi pare che sia stato fatto». Si rivolge direttamente al sottosegretario alla Salute Roccella l'interpellanza urgente di Luisa Santolini («rammaricata dell'assenza del ministro Fazio, come stessimo trattando una questione di secondaria importanza»): «Chiedo che il governo si attivi perché simili episodi non avvengano più, che ci sia una sorta di prevenzione anche di tipo culturale», contro la dilagante cultura della morte. Basterebbe, banalmente, che la legge 194 («una specie di tabù, guai a rivederla o ripensarla»), venisse rispettata «dal primo all'ultimo articolo. Sappiamo bene, invece, che i primi articoli non sono rispettati». In particolare il 6, che circo-

scrive i rarissimi casi in cui si può interrompere la gravidanza dopo i 90 giorni, e il 7, che restringe ancor più le possibilità *quando c'è il "rischio" che il feto sopravviva*, e soprattutto obbliga ad assisterlo qualora ciò accada. È quel *quando* che è necessario chiarire: la comunità scientifica internazionale ormai da tempo ha fissato alle 22 settimane di gestazione il limite oltre il quale il feto ha già vita autonoma e non può più essere abortito. Stime, queste, confermate dai fatti: a 25 settimane la sopravvivenza è alta, a 24 è del 50%, a 22 settimane dell'8%. Uno di questi era Angelo, sempre che non fosse anche più grande: «A 24 ore dall'intervento - ha denunciato la Santolini - un sacerdote che ha l'abitudine di andare a pregare per i bambini abortiti o nati morti ha visto che questo era vivo e sgambettava. Da qui il fondato sospetto che non fossimo alle 22 settimane di termine prescritto

per abortire. Questo bambino era destinato ai rifiuti speciali nella discarica ospedaliera ed è stato semplicemente dimenticato in un carrellino, altrimenti sarebbe finito vivo lì», fa notare la parlamentare. Una cultura di morte, appunto, contro la quale è urgente attivare qualsiasi mezzo utile, a partire dalla «riforma dei consultori», e garantire soprattutto «la puntuale applicazione dei primi articoli della legge 194». Il caso di Rossano, certamente non unico, fa emergere infatti «la superficialità con cui si ricorre al criterio della salute psichica della donna», troppo spesso un chiaro *escamotage* per garantire aborti tardivi in stile eugenetico. Angelo «è stato abbandonato "supponendo una morte certa" ... ma come si può "supporre" una morte certa? In quanto aborto non meritava neppure un controllo per capire se era morto davvero». E tutto a causa di un labbro leporino.

Lucia Bellaspiga



Il paletto. Berlusconi: no a nuove tasse
Bossi ammette: saranno provvedimenti duri

Opposizioni. Prodi: non capisco Tremonti
Il Pd aspetta i numeri, Idv subito all'attacco

Rispunta il superticket da 10 euro

Allo studio altri tagli ai comuni - Carriere «controllate» per gli statali

Spunta la rinascita del superticket sanitario da 10 euro sulle prestazioni di specialistica nel menu delle misure della manovra per il 2011-2012. Un intervento che vale 834 milioni su base annua e che negli ultimi anni, dopo il varo deciso da Prodi con la finanziaria per il 2007, è stato per una buona metà coperto dallo stato lasciando alle regioni il finanziamento con proprie risorse dell'altra metà. Ma ora la misura sta tornando in auge e non solo a livello tecnico. Anche se tutto, considerata l'impopolarità del balzello, dovrà essere deciso politicamente su più tavoli: all'interno del governo e della maggioranza, ma anche nei rapporti con le regioni dove, tra l'altro, il centrodestra adesso ha assai più peso che solo un anno fa.

Le regioni, che erano già in allerta nella rilettura del «patto per la salute», si troveranno davanti a un bivio. Potranno non applicare il superticket ma dovranno comunque trovare la copertura con risorse a carico del proprio bilancio, impresa però impossibile per chi è in extradeficit. Oppure i governatori potranno applicare un ticket inferiore, a seconda delle proprie disponibilità.

A far capire che la sanità avrebbe fatto la sua parte nella manovra in arrivo, era stato in mattinata il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**. Che, senza anticipare alcun intervento allo studio dei tecnici di via XX settembre, aveva messo in guardia: «Quando parliamo di una manovra da 25 miliardi non possiamo non pensare che la sanità, che è l'80% dei bilanci regionali, possa non essere toccata in qualche modo. Quindi, dire che l'ipotesi è plausibile, mi sembra giustificato».

Tutto da decidere, è chiaro. Anche perché le assicurazioni di Tremonti da Bruxelles («non metteremo le mani nelle tasche dei cittadini», si veda servizio a pagina 3) lasciano intendere che qualsiasi intervento sarà politicamente centellinato. Senza dire delle regioni che

sono pronte a far muro, come ha fatto capire il governatore della Lombardia, Roberto Formigoni, a proposito di eventuali tagli a carico della propria regione. Si colpiscono gli sprechi,

ha attaccato il governatore lombardo. Ogni riferimento alle regioni in superdeficit non è assolutamente casuale: oggi Campania, Molise e Lazio parteciperanno al tavolo col governo sui piani di rientro, per loro si avvicina il fantasma dell'aumento delle addizionali Irpef (+0,30%) e Irap (+0,15%) dopo lo stop ai Fas salva-debito.

Che la manovra «sarà dura» lo ha ammesso ieri il leader leghista, Umberto Bossi, mentre la maggioranza del Pd chiede misure eque e aspetta di conoscere il dettaglio degli interventi prima di prendere una posizione «ma sia chiaro - ha detto Bersani - che quelli che hanno messo a posto i conti siamo noi». Un concetto ribadito da Romano Prodi, ospite in una trasmissione televisiva, dove ha ricordato le manovre di «messa in sicurezza dei conti» adottate dal suo governo per poi aggiungere di non aver «ancora capito la strategia e i numeri di questo governo». Solo l'Idv per il momento già assicura che non voterà la manovra di Tremonti e che, nei prossimi giorni, ne presenterà una alternativa.

A parte le novità del capitolo sanità sul menù degli interventi allo studio sono circolati pochi particolari nuovi. L'ipotesi più consistente è sul fronte dei trasferimenti ai comuni, tema sollevato dallo stesso Tremonti a Bruxelles, che ha parlato di 15 miliardi che lo stato gira ai municipi come di una dote su cui «i margini di intervento sono enormi». La nuova stretta potrebbe sommarsi al taglio di due miliardi già stabilito con la manovra triennale 2008 per i prossimi due anni, mentre verrebbe confermato un trasferimento di soli 500 milioni per il 2010. Altro particolare che ha trovato più di una conferma è sui tagli agli stipendi dei diri-

genti con un reddito lordo superiore agli 80mila euro. La riduzione sarebbe del 5 o 10%, forse progressiva e riguarderebbe solo la parte eccedente la soglia degli stipendi di dirigenti di prima e in parte anche di seconda fascia oltre a magistrati, prefetti e diplomatici (i cui emolumenti non sono contrattualizzati). Ma per contenere la spesa per i dipendenti si punta anche a rendere più selettivi tutti gli automatismi che oggi garantiscono progressioni dei redditi (scatti di anzianità, e carriera). Oltre al blocco dei contratti e del turn-over (per l'80% dei vuoti in organico) il menù dei tagli si completa con il pacchetto previdenziale. Le opzioni sulle finestre di uscita per vecchiaia e anzianità, dal 2011, sono pronte per la scelta politica (il risparmio massimo può arrivare a 1,5 miliardi strutturali). Anche di questa misura certamente parleranno oggi Tremonti e Berlusconi che ha già confermato il suo paletto politico: nessuna aumento delle tasse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FAZIO

«Plausibili misure sulla sanità». Oggi incontro tra il governo e le regioni con l'extra-deficit sui piani di rientro

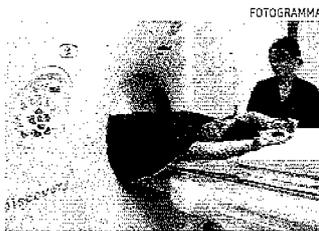
MANAGER PUBBLICI

Quasi certa la riduzione del 5 o 10% per le buste paga che superano 80mila euro. Stretta anche per magistrati, prefetti e diplomatici



Le ipotesi in campo

1 Ticket da 10 euro sulla specialistica



Nato con la Finanziaria per il 2007 del governo Prodi, il superticket su specialistica e diagnostica da 10 euro è stato ripetutamente bloccato, prima da Prodi stesso, poi da Berlusconi con le manovre varate in questi anni. Non senza continue frizioni con le regioni. Tanto che in questi anni è stata prima finanziata dallo stato solo una parte della copertura che vale 834 milioni su base annua. Ora è allo studio la mancata copertura dell'intera o di una parte dell'intera somma. Se decidessero di non applicarlo, le regioni dovrebbero provvedere alla copertura con proprie risorse.

4 Stop dei contratti e taglio ai dirigenti



Sulla pubblica amministrazione gli interventi, a questo punto, non dovrebbero riservare grandi sorprese. C'è il blocco del rinnovo del contratto triennale e la proroga del blocco parziale al turn-over che scade quest'anno (vale per l'80% dei vuoti in organico). Si punta poi a intervenire su tutti gli automatismi che, anche al di fuori del contratto, producono un incremento delle retribuzioni (scatti di anzianità, progressioni automatiche, eccetera). Perde invece quota l'ipotesi di un prelievo sul fondo unico di amministrazione, che paga i contratti integrativi

2 Taglio dei trasferimenti dello stato ai comuni



Il ministro dell'Economia, Giulio Tremonti, ieri lo ha detto chiaramente: «Esistono trasferimenti dal ministero degli Interni ad una platea di Comuni che ammontano a 15 miliardi di euro ogni anno. I margini di intervento sono dunque enormi». L'ipotesi che circola è di un taglio aggiuntivo rispetto ai 2 miliardi di minori trasferimenti già previsti per il 2011 e 2012 dal dl 112 dell'estate 2008. Per quest'anno i trasferimenti assicurati dovrebbero fermarsi a 500 milioni di euro, una dote che ancora non copre il taglio dell'Ici sulla prima casa

5 Riduzione dei costi della politica



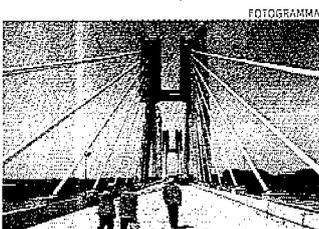
La quota del 5%, di cui ha parlato finora il ministro Roberto Calderoli, raddoppia. Il taglio dovrebbe partire dagli stipendi di parlamentari e ministri (ma anche degli amministratori locali che lo vorranno) per arrivare alle buste paga dei dirigenti che guadagnano oltre 80mila euro lordi l'anno. Anche in questo caso si parla di intervento biennale. Il taglio, per i dirigenti, sarebbe solo sulla parte eccedente dell'indennità lorda e potrebbe essere anche progressivo. Lo stesso intervento scatterà per magistrati, prefetti e diplomatici

3 Blocco delle finestre per il pensionamento



Escluso l'intervento sulla finestra del prossimo mese di luglio per le pensioni di anzianità, l'ipotesi proposta al vaglio dei ministri prevede un intervento strutturale a partire dal 2011 sia per le finestre di anzianità (sono 2) sia quelle che regolano il ritiro per la vecchiaia (sono 4). Potrebbero essere ridotte fino a un'unica finestra per tutti, con un risparmio pari a 1,5 miliardi. Ma le simulazioni prevedono anche altre combinazioni. Confermata, poi, la stretta sulle false invalidità, in aggiunta alla ricognizione Inps già prevista per il 2010

6 Budget più ridotti per le grandi opere



Sono quattro le aree in cui l'intervento dell'Economia potrebbe prendere piede. Si partirebbe dalla riduzione degli stanziamenti già previsti per il 2011-12 nella manovra triennale con i 300 milioni per Anas, Fs e ricapitalizzare lo Stretto di Messina. Ma si potrebbe anche rinunciare ai 1.428 milioni ancora restanti degli 11,2 miliardi del fondo infrastrutturale alimentato dal Fas e dalla legge obiettivo. Terza ipotesi una rimodulazione dei fondi complessivi e, quarta e ultima opzione, il taglio dei mutui per gli interventi finanziati ma mai decollati

Possibili riduzioni per i dirigenti della sanità

Stop dai manager: stipendi già bassi

Il Sole Sono a capo di veri e propri piccoli imperi. Si dice, ma loro lo contestano, che stanno sulle loro poltrone perché scelti dalla politica e dai partiti. E ora, tra i tagli invocati a carico degli alti stipendi di stato, si ipotizza di spuntarne le buste paga. Ma i manager di asl e ospedali della sanità non ci stanno: «Siamo l'unica categoria di top manager che guadagna meno dei propri dipendenti», rigetta la palla nell'altra metà campo Giovanni Monchiero, direttore generale della Asl 2 di Cuneo e leader di una delle organizzazioni di categoria, la Fiaso.

Si fa presto a dire: spuntiamo i guadagni dei manager pubblici. Tra i grandi e medio-grandi dirigenti pubblici, per esempio, la pattuglia dei circa 300 manager di asl e ospedali-azienda ha una storia tutta sua. «Capisco che in questo momento di crisi è difficile spiegarlo alla gente - ha detto ieri Monchiero in una dichiarazione all'Ansa chissà se presentando una minaccia dalla prossima manovra - ma i nostri stipendi sono bloccati da 10 anni, in pratica sono fermi al 2001». Ma come: dipendenti pubblici con buste paga ferme da dieci anni che per di più percepiscono meno dei loro sottoposti? È possibile?

È tutto possibile, in quel mondo spesso senza logica della sanità pubblica. Le buste paga dei manager del Ssn - con i rischi del caso, quando lavorano bene e solo nell'interesse della collettività - vanno da 140 a poco più di 200 mila euro lordi l'anno, incluso il premio del 20%, se l'hanno meritato, come peraltro non raramente viene riconosciuto dal datore di lavoro-regione. Asl e regione che vai, stipendio che trovi, naturalmente, e non solo perché la asl è più grande o l'ospedale è più complicato da gestire. Questione di alchimie regionali, di generosità o di avarizia locali.

Fatto sta che davvero i mana-

ger di asl e ospedali guadagnano non raramente meno dei loro primari, i quali, inclusa l'attività libero professionale, hanno redditi spesso ben più alti dei loro capi. I direttori generali di asl e ospedali, appunto. Ma non solo: assai meno (il 20%) ancora hanno in busta paga le altre due figure chiave della "triade" delle aziende sanitarie, il direttore sanitario e quello amministrativo. Tanto che per trovare un direttore sanitario si fatica parecchio: a un primario non conviene diventare direttore sanitario, figura centrale nell'organizzazione del lavoro. Guadagnerebbe meno.

E così, ecco che basta fare un salto indietro di due anni, alla manovra estiva del 2008 (la famosa legge 133 di conversione del decreto estivo di allora) per trovarci al punto di oggi. Anche allora si decise: tagliamo del 20% (chissà perché, spunta sempre quel 20%) gli emolumenti dei manager e dei direttori sanitari e amministrativi. Fu subito insurrezione delle categorie e delle regioni: e dove troviamo chi si assume certi oneri a così basso guadagno, risposero i governatori. E poi, aggiunsero a legge fatta: decidiamo noi. Fatto sta che di abbassare gli stipendi non se ne fece niente. Chissà se ora si ricomincia con la manovra correttiva. Peccato che frattanto alla Camera la maggioranza di questo stesso governo stia confezionando ben altra prospettiva con la cosiddetta "governance sanitaria": i manager devono guadagnare il 20% in più dei primari, si chiede. Giustizia sarà fatta? Ma per guadagnare il 20% di meno o il 20% in più?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RAPPORTI RIBALTATI

La protesta «preventiva» dei direttori di asl e ospedali: guadagniamo meno dei primari, nostri dipendenti



Biotech, nuovo orizzonte delle cure personalizzate

Ricerca e industria Il futuro è nel tandem idee-produzione Lazio ai primi posti fra le regioni che puntano sulla ricerca

Giancarlo Calzolari

■ Se la ricerca di frontiera, nella lotta contro il cancro, passa per la biotecnologia, è altrettanto vero che il futuro più immediato della medicina è rappresentato dalla terapia personalizzata. È ormai entrata nella coscienza di tutti, l'idea che ogni individuo costituisca un unicum irripetibile e per questo deve essere curato secondo le sue irrinunciabili caratteristiche.

«In Italia la ricerca biotecnologica e, quindi, la medicina personalizzata - dice il professor Leonardo Santi, presidente del comitato italiano per la biosicurezza, la biotecnologia e le scienze della vita - appare molto differenziata da regione a regione. Per questo è importante stabilire le caratteristiche e le priorità di avanzamento. Nel nostro paese, argomenta ancora Santi, la biotecnologia appare soprattutto rivolta alle ricerche di test per la diagnosi al fine di modulare meglio l'uso dei farmaci, ma soprattutto perché la ricerca può essere trasferita con facilità da una situazione patologica a un'altra. Inoltre nel nostro paese l'indagine scientifica è stata rivolta soprattutto alle malattie più rare. Quest'attività è seguita con attenzione soprattutto da piccole e medie industrie che non hanno né possono avere grandi strutture, ma che, pro-

prio per questo, dovrebbero essere aiutate con la creazione di un'efficiente rete di rapporti. Ad esempio anche nel Lazio che non occupa certamente uno dei primi posti nella graduatoria nazionale, il "biotech" manifesta una ricchezza veramente importante, unita a una intensa attività di ricerca scientifica. È fondamentale, di conseguenza, stabilire un rapporto virtuoso fra l'attività scientifica e quella industriale. Dai brevetti biotecnologici si può ottenere un'immediata integrazione con la ricerca industriale anche se il percorso non è sempre così agevole. La Lombardia, ad esempio è piazzata al primo posto, tra le regioni con ricerca biotecnologica avanzata, ma in Europa figura soltanto al ventiduesimo scalino. Nel continente le grandi zone europee sono già consociate in una piattaforma che spesso è internazionale, prima che interregionale. In Italia dobbiamo ricordare anche la confusione sulle sigle che identificano i vari settori. Partiamo dai distretti tecnologici che assumono continuamente nuove denominazioni come ad esempio "distretti industriali", "parchi tecnologici". Da poco abbiamo creato i poli scientifici seguiti subito dai poli dell'innovazione. Tutto questo, continua Santi, non facilita la chiarezza. Per questo occorre superare i

vecchi schemi e ricercare iniziative comuni per dare consenso e saldezza a tutte le iniziative. Non possiamo dimenticare che le biotecnologie ampliano le nostre conoscenze scientifiche integrandole ad esempio anche con le nuove acquisizioni contro l'inquinamento ambientale. Recentemente il governo ha riconfermato cinque progetti biotecnologici delle scienze della vita. S'inscrivono continuamente nuovi campi di ricerca (pensiamo ad esempio al nuovo settore delle nanotecnologie) i quali ci obbligano a un impegno sempre più ampio. In questo momento soprattutto in cui si comincia a vedere un debole cenno di ripresa è necessario in

qualche modo "dare la scossa", facendo tornare indietro i fondi "stornati" dall'Alitalia che ha ormai spiccato il volo. Appare con tutta la sua forza il nuovo settore della medicina rigenerativa che può utilizzare tessuti e ossa per ricostruire letteralmente organi o articolazioni. Il futuro, conclude Santi, anche se ricco di favorevoli prospettive ci porta però a dire che l'industria biotech in Italia, pur dimostrandosi una realtà molto dinamica e in grado di "creare valore", sembra quasi non abbia ancora



conquistato il diritto a un quadro di regole in grado di garantirle il futuro.

Il professor Leonardo Santi dopo aver fondato l'Istituto del Cancro di Genova è stato il padre del Centro per le Biotecnologie Avanzate di Genova. Per la sua esperienza e la sua sensibilità di medico, specialista in oncologia è anche presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, un organismo preposto ad assistere il Governo Italiano nelle scelte sulla sicurezza delle applicazioni biotecnologiche. A livello europeo è l'unico membro italiano del Life Science High Level Group, il gruppo di super esperti che assiste la Comunità europea nelle scelte in fatto di scienze della vita. Si racconta che ancora bambino, nella sua Pisa, davanti alla celebre Torre, sorprese la famiglia, giurando che avrebbe creato un grande ospedale per combattere il cancro.



Leonardo Santi

Le piccole e medie industrie che puntano sul biotech sono una risorsa da sostenere

Sanità **La Regione verso una nuova legge per "normalizzare" gli accreditamenti**



L'ospedale San Camillo Agf

■ ■ ■ Una nuova legge quadro per ridefinire e chiarire una volta per tutte le procedure di accreditamento delle strutture private. Saranno messi nero su bianco anche i tempi di adeguamento ai requisiti che le strutture private dovranno garantire per accreditarsi con il sistema pubblico.

Su questo stanno lavorando i tecnici della Regione Lazio che ieri si sono riuniti insieme ai vertici dell'Agenzia di sanità pubblica e ai rappresentanti di categoria. Nella riunione è stato anche spiegato che sarà rivisto il decreto sull'appropriatezza delle prestazioni, ritenuto troppo penalizzante (prevedeva che le prestazioni inadeguate fossero sottratte due volte dai rimborsi).

Quanto al piano di riassetto della rete ospedaliera, come anticipato da Libero, nelle prossime settimane se ne metterà a punto uno nuovo, mentre sarà messo da parte quello redatto dall'ormai ex-commissario governativo per il Piano di rientro regionale del Lazio Elio Guzzanti. Il documento, dunque, non sarà presentato domani durante il tavolo di verifica del governo, al quale il presidente della Regione Lazio Renata Polverini e neo-commissario al-

la Sanità (o un tecnico che potrebbe rappresentarla) chiederà più tempo in attesa di poter ultimare il nuovo piano. Il presidente della Regione presenterà a breve, ma non domani, i provvedimenti che porterebbero allo sblocco della quota di fondi Fas, circa 420 milioni di euro, destinata al risanamento del deficit sanitario.

Il riassetto della rete ospedaliera sarà tarato sui nuovi parametri di quattro posti letto per mille abitanti fissati dal governo, ma saranno anche definiti i budget per struttura relativi al 2010.

La decisione della Regione è quella di «non utilizzare interventi tampone, ma di riorganizzare la sanità nel Lazio». Nel caso di accoglimento di questi provvedimenti da parte del governo, si arriverebbe allo sblocco dei fondi Fas, evitando l'aumento delle aliquote Irpef e Irap.

Lunedì la Cisl del Lazio aveva spiegato che il Piano della rete ospedaliera potrebbe riguardare il taglio di tremila posti letto nella regione: mille e trecento - mille e cinquecento per gli acuti, novecento per riabilitazione post acuzie e seicento per lungodegenza.



LA REGIONE

Sanità, conti in rosso Oggi la verifica al tavolo del Governo

Questa mattina si svolgerà la riunione del tavolo tecnico (in cui sono rappresentati i Ministeri dell'Economia e della Salute) che dovrà esaminare le azioni della Regione Lazio con cui applica il piano di rientro dal debito. Il Governo ha già congelato i 420 milioni di euro del Fas in attesa dei tagli. C'era già un piano preparato proprio dal commissario nominato dal Governo, Elio Guzzanti, ma Renata Polverini, nuova presidente della Regione, ha deciso che ripartirà da zero: «Stiamo preparando un nostro piano di riordino della rete ospedaliera». Il Pd attacca: «Così si rischia un aumento ulteriore delle tasse».

Evangelisti all'interno

Rischio tasse, la Polverini chiede tempo ai ministeri

2.000 POSTI LETTO DA TAGLIARE

Il Pd tende la mano: «Va fatto il possibile per evitare l'aumento delle imposte»

Oggi la verifica al tavolo tecnico

SANITÀ IN ROSSO

di MAURO EVANGELISTI

E' l'ennesimo giorno del giudizio per la sanità del Lazio è per i suoi conti in profondo rosso. Oggi si riunirà il tavolo tecnico dei ministeri della Salute e dell'Economia che ha chiamato Renata Polverini, quale commissario ad acta per la sanità. Le chiederà di illustrare i provvedimenti di applica-

zione del piano di rientro, dopo che il 2009 si è chiuso con un disavanzo di 1,6 miliardi. Se il piano di rientro non va avanti, come ha già spiegato il Governo, si avvierà il meccanismo che causerà un ulteriore innalzamento delle tasse, Irap e Irpef. Ieri mattina la presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, ha spiegato quale sarà la strategia da adottare nell'incontro di oggi: chiedere un rinvio, chiedere tempo. Già ne aveva parlato nell'incontro con i rappresentanti della sanità privata, nel corso di una serie di colloqui che sta facendo in questi giorni per varare il nuovo piano di riordino della rete ospedaliera. Ieri ha ribadito: «Il piano di riordino della rete ospedaliera non sarà quello che al momento è in campo,

questo è sicuro. Stiamo lavorando con tutti i soggetti interessati. Chiaramente chiederò più tempo. Non molto, ma ci serve. Stiamo parlando con il Governo, ci stiamo confrontando con sia con il Ministero dell'Economia sia con quello della Salute. Io non voglio fare interventi tampone ma voglio riorganizzare la sanità in questa Regione».

Il grande macigno con cui

deve combattere la Polverini è il mantenimento delle promesse elettorali: aveva promesso che non avrebbe tagliato un posto letto, che non avrebbe aumentato le tasse, che avrebbe riscritto con il Governo il piano di rientro, Berlusconi nella celebre cena all'Eur al suo fianco aveva annunciato un grande progetto per abbattere in un anno il debito della sanità del Lazio. Ora però sul tavolo c'è l'ultimatum dell'altro giorno del Governo che ha ne-

gato l'accesso ai fondi Fas (fondi per area sottosviluppata) per 420 milioni

di euro perché la Regione non ha ancora presentato gli strumenti che dimostrano che si sta andando avanti con il piano di rientro. E ieri il ministro



Fazio ha confermato: «Quello che ci attendiamo di verificare è il percorso che le Regioni hanno svolto in questo periodo». Non solo: lo stesso Fazio

ieri ha spiegato che «nella manovra economica per il biennio 2011-2012 che il Governo si appresta a varare per il decreto fra fine mese e primi giorni di giugno, è plausibile che ci siano anche tagli alla sanità». Come dire: in uno scenario internazionale che impone grande attenzione sarà dura per il Lazio avere sconti, anche se è probabile che una dilazione dei tempi fino a giugno possa avvenire. Intanto, negli uffici della Regione sono al lavoro i tecnici - che per ora possono avere come base i piani dell'ex commissario per la sanità Elio Guzzanti - e l'assessore al Bilancio, Stefano Cetica, da subito un po' "l'uomo nell'ombra" della presidente Polverini. In campagna elettorale, la presidente aveva promesso il dimezzamento del numero delle Asl per ottenere un forte risparmio, mentre di recente ha spiegato che sono in corso ispezioni nelle aziende sanitarie per eliminare gli sprechi. Però, sul fronte dei posti letto, c'è da rispettare il rapporto di 4 uni-

tà ogni mille abitanti: la Polverini potrebbe essere costretta a tagliare fra i 2 e i 3.000 posti letto in parte minoritaria sugli acuti (dove si è già tagliato molto negli ultimi anni), in parte più consistente nella lungodegenza e nella riabilitazione.

Dall'opposizione, Esterino Montino, capogruppo del Partito democratico, ha scritto una lettera aperta alle organizzazioni sindacali e alle imprese del Lazio. Dice: «Per evitare l'aumento delle tasse serve il contributo di tutti e

non ottusi arroccamenti, il Pd è pronto a fare la propria parte. Nella nostra Regione a causa dell'enorme debito accumulato nel quinquennio 2000/2005

dal 2006 la

pressione fiscale è già al massimo. I due provvedimenti attesi e richiesti sono: riassetto della rete ospedaliera, da tarare sui nuovi parametri di 4 posti letto per mille abitanti fissati dal Governo proprio con l'atto del 3 dicembre, e non più al 4.5 come era fino ad allora, e la definizione dei budget per struttura relativi al 2010. La decisione assunta proprio ieri dalla Commissario ad acta di destinare il piano presentato dal precedente Commissario governativo Elio Guzzanti e dal sub commissario, sempre di nomina governativa, Mario Morlacco senza presentare proposte alternative, pone le condizioni di un nuovo salasso nelle tasche di cittadini e imprese».

Mamma che dolore

L'analgesia epidurale, per legge, sarebbe un diritto: libera e consapevole partecipazione al parto, senza sofferenza. Nella pratica, solo alcuni ospedali, per lo più al Nord, offrono questa possibilità. Questione di costi? O di pregiudizi?



di MARIATERESA
TRUNCELLITO

Uomo lavorerai col sudore della fronte, e tu donna partorirai con dolore: se oggi la prima parte della maledizione biblica è quasi superata - stress a parte - altrettanto non vale per la seconda. Almeno in Italia: solo il 16 per cento degli ospedali offre alle donne la possibilità di dare alla luce i loro figli senza sofferenza. Con l'analgisia epidurale, che consiste nell'iniezione di farmaci anestetici nella zona lombare, attraverso un ago apposito, al cui interno passa un sottile catetere.

Certo, i bambini nascono comunque, come succede dai tempi di Adamo ed Eva, appunto. Ma nel 2010, almeno in Occidente, il dolore è combattuto con una tenacia sconosciuta in altre epoche: analgesici e antidolorifici si consumano in grande quantità, spesso abusandone, senza sensi di colpa. E anche il dolore dell'anima è rimosso come un inconfessabile tabù. Sempre, tutti i giorni. Tranne che nei due momenti più significativi dell'esistenza: la nascita e la morte, quando la sofferenza diventa un "valore".

IL DIRITTO DI NON SOFFRIRE

In effetti, c'è chi ritiene che la scarsa diffusione dell'epidurale in Italia dipenda dalle donne stesse che, una volta tranquillizzate sulla loro capacità di affrontare con le proprie forze un parto naturale, non la vogliono, per vivere in modo totale l'esperienza. «Anche tra gli addetti ai lavori non mancano le discussioni sul fatto che il dolore possa rendere "più mamme" le donne», risponde Giorgio Capogna, presidente del Comitato scientifico per l'aneste-

sia ostetrica, Società europea di Anestesiologia e primario di Anestesiologia e rianimazione del Gruppo Garofalo di Roma. «Benché la scienza concordi che il dolore non sia necessario per partorire "bene". Le resistenze culturali, comunque, contano relativamente. Infatti, negli ospedali italiani dove l'epidurale è offerta 24 ore su 24 ed è solo un aspetto di un progetto ben più ampio sul parto "umano" - considerato un evento unico nella vita di una coppia - e rispettoso delle sue esigenze di accoglienza e di privacy, la percentuale di donne che la chiedono supera il 60-80 per cento, con punte del 97 per cento».

Banalmente, si potrebbe pensare che la discussione "su epidurale sì o no" sia una difesa di interessi corporativistici: da una parte gli anestesisti, dall'altra le ostetriche. «Io non sostengo il parto indolore a ogni costo né tanto meno imposto», puntualizza Capogna, «ma il diritto della donna a partorire senza dolore in modo naturale e con la migliore tecnica disponibile».

UN BOOM DI CESAREI

In teoria, è un diritto riconosciuto anche dal legislatore: dopo il parere favorevole del Comitato nazionale di bioetica, che ha definito l'epidurale il "mezzo che la medicina offre per compiere una libera scelta e realizzare un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento parto", nel 2008 un decreto del Consiglio dei ministri l'ha inserita nei Livelli essenziali di assistenza (Lea, le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire, gratuitamente o col ticket). Per Guido Fanelli, coordinatore della Commissione ministeriale sulla terapia del dolore e cure palliative, «la norma cerca di avvicinare l'Italia agli altri Paesi europei nella gestione del dolore delle donne partorienti e di tornare a un corretto ricorso al parto con taglio cesareo, da noi molto sopra la media».

Nella pratica, però, non tutte le regioni stanziavano fondi sufficienti. Accanto a ospedali di eccellenza, dove l'analgisia epidurale si può richiedere sempre, nella maggioranza è offerta in modo incostante. In Lombardia, dove 5 milioni di euro all'anno sono distribuiti a tutti i punti nascita, dal 2005 le donne che hanno avuto l'analgisia in travaglio sono passate dall'8 al 16 per cento in un paio d'anni. Nel 2009 anche il Veneto ha stanziato 1 milione di euro, mentre l'Emilia Romagna ha elaborato linee guida per avere un punto nascita che offra l'analgisia epidurale in ogni provincia.

Commenta Giorgio Capogna: «Tutto è lasciato alla buona volontà delle singole strutture, alla passione dei medici, alla sensibilità degli amministratori. La donna partorisce comunque: e allora perché spendere denaro "solo" per rendere più sereno l'evento?». Avere un anestesista dedicato all'epidurale, sempre presente, festivi compresi, è una voce di spesa gravosa per un ospedale. Però, spesso è più facile ammantare una ragione squisitamente economica con motivazioni ideologiche o pseudo-scientifiche.

SOLO DALLE 8 ALLE 20, DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ

Paola Banovaz, art director e mamma di Iliàs, 17 mesi, è la presidente di Aipa, Associazione italiana parto in analgesia, fondata con un gruppo di amiche per difendere il diritto di ogni donna di essere informata e scegliere liberamente un parto senza sofferenza. «Io ho partorito all'Ospedale civile di Venezia, dove l'epidurale è garantita solo dalle 8 alle 20 e dal lunedì al venerdì», racconta. «Ma il ginecologo mi aveva suggerito di chiederla comunque, perché non ci sarebbero stati problemi. Erano le 3 del mattino quando ho detto all'ostetrica che volevo l'epidurale. Lei mi ha risposto: "Ma va là, ce la fai benissimo da sola", e non ha fatto nemmeno la mossa di cercare l'anestesista. Il mio parto è stato veloce, sereno ed è andato tutto bene. Ma ho continuato a riflettere sulla mia esperienza e su quella di altre donne, meno fortunate di me - alcune in cura per sindromi post-traumatiche dovute a parti gestiti male, con violenza e senza rispetto per la loro sofferenza, anzi minimizzandola - che avevo conosciuto attraverso forum su Internet». Perciò Paola ha deciso di aprire un blog (epidurale.blogspot.com) e ha scritto un libro che attende solo un editore per essere pubblicato. «L'epidurale, da sola, non è la risposta a esperienze di parti terribili. Ma renderla possibile per tutte le donne aiuterebbe molti "addetti ai lavori" ad accettare il fatto banalissimo che soffrire durante il parto non è un obbligo o un destino ineluttabile».

L'Associazione sta raccogliendo firme per sostenere una

**"La scienza
ormai
concorda:
il dolore non
è necessario
per partorire
bene"**

"Non lo dimentico"

Racconta Fabrizia: «Potrei fare causa all'ospedale - un centro di una città del Nord-est - ma ci vorrebbero un sacco di soldi. E io li sto spendendo per la psicoterapia. È successo due anni fa: avevo 32 anni, primipara. Sono entrata in sala parto dopo 48 ore di contrazioni, dilatata 3 centimetri. "Ci siamo quasi", dice il ginecologo. Ma l'ostetrica lo contraddice: "No, ci vorranno ancora molte ore". Una tirocinante mi chiede: "E seguita in privato da qualcuno del nostro staff?". Ho risposto di no. Ginecologo e ostetrica, di colpo meno affabili. "Il bambino è appoggiato sulla vescica, si metta qui sul letto a pecora, così scenderà prima". E se ne sono andati. Inizia una contrazione. Lunghissima e dolorosa da morire. Passa mezz'ora. Ogni tanto entra una ragazza che mi mette il sensore sulla pancia. A un certo punto sento un dolore atroce, una contrazione unica che mi attanaglia come una morsa. Comincio a lamentarmi ad alta voce. L'ostetrica finalmente arriva: "Non posso dirti quanto durerà, potrebbe andare avanti così anche tutta la notte". Spaventata, le chiedo l'epidurale. Cambia espressione, diventa quasi cattiva: "Ma lo sai cosa ti può fare? Potresti rimanere paralizzato e creare seri danni a tuo figlio! E se chiamiamo l'anestesista adesso, ci mette un'ora per arrivare. Stai buona qui e aspetta, ok?". E se ne va.

Ma sento che non ce la faccio... Inizio a gridare. Torna l'ostetrica. Mi fa spogliare, mi spinge quasi a forza sotto il getto di acqua calda della doccia. Poi si rivolge a mio marito: "Vedi come soffre? È il dolore più forte che proverà nella sua vita. Senti come urla!". Mi si rampono le acque. Corro nuda al mio lettino, mi aggrappo al cuscino e urlo. L'ostetrica mi dice di mettermi sulla cavalcina. Due praticanti mi saltano sulla pancia. Dietro le spalle di mio marito, vedo altre cinque persone che mi guardano. Mi vergogno, mi sento aggredita. Stuprata. Il ginecologo interviene con la ventosa, sento uno strappo doloroso, non basta. C'è una grande agitazione. Il medico torna con le forbici e mi pratica l'episiotomia, mentre io continuo a urlare, terrorizzata. Mi mette di nuovo la ventosa, mi spingono di nuovo sulla pancia, urlano di spingere e finalmente mio figlio esce. Lo portano subito via, per mettergli la maschera a ossigeno e massaggiarlo. Mentre una tirocinante mi ricuce - a lungo e male, tanto che ancora oggi la mia vita sessuale ne è compromessa - un'infermiera mi fa sapere che con le mie urla ho svegliato tutto l'ospedale fino al quarto piano.

Entra mio marito, con gli occhi arrossati e un fagottino urlante: "Puoi tenerlo solo due minuti... Ha un bozzo sulla testa, e un taglio. Ma non preoccuparti, hanno detto che non ha danni...". Per fortuna ho avuto un maschio. Non dovrà mai subire tutto questo».

petizione al Ministero della salute per far sì che tutti gli enti ospedalieri siano indotti ad accogliere la richiesta delle donne dell'anestesia epidurale per partorire (www.firmiamo.it/analgesiaepiduralegratuitaegarrantita).

LA DOSE IN BORSETTA

C'è pure un paradosso. Se l'Italia non è all'avanguardia per quantità, cioè per numero di parti in epidurale, lo è per qualità. Con l'epidurale tradizionale, via via che si esaurisce l'effetto dell'analgesia, tocca al medico rifornire il cateterino e, se non è presente, l'attesa può essere pesante. Problema superato dalle nuove tecniche: «Siamo il primo Paese europeo, dopo gli Stati Uniti, a utilizzarne due di ultima generazione associate, già disponibili in molti centri maternità (www.cittadiroma-anestesia.it)», spiega Giorgio Capogna. «La Pieb, cioè la somministrazione a intervalli regolari di piccole dosi di analgesico, che ha azione continua. E la Pcea, che permette alla donna di "autosomministrarsi" l'analgesico secondo le sue esigenze, premendo un pulsante in una borsetta a tracolla. La donna può partorire senza dolore, senza interferenze sul travaglio, continuando a percepire le sensazioni, contrazioni comprese. Può camminare e scegliere la posizione che preferisce. La tecnica è eseguibile in qualsiasi momento e ha bassissimi rischi di complicanze. Consente l'allattamento precoce e la donazione delle cellule staminali».

A chi ritiene che tutto ciò si traduca in una eccessiva medicalizzazione della nascita, Capogna risponde: «Partorire senza dolore, con serenità e partecipazione consapevole non è contro natura. La medicina ostetrica moderna è in grado di garantire la sicurezza e il benessere di mamma e bebè cercando di restare dietro le quinte, così da permettere un evento intimo, consapevole, che sia il più possibile solo della coppia. E partorire senza dolore fa parte di questa visione. Dobbiamo lavorare perché questo avvenga in tutti gli ospedali. E perché a nessuna donna sia negata la possibilità di partorire nel modo migliore possibile, come desidera lei e non come desiderano i sanitari».

In questa direzione va il progetto Ospedale Donna promosso dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.Da). Spiega la presidente Francesca Merzagora: «O.N.Da assegna uno, due o tre bollini rosa ai centri di cura che mostrino una particolare attenzione alla salute femminile. E un requisito fondamentale per ottenere il massimo dei voti è proprio il parto in analgesia epidurale come possibilità offerta gratuitamente» (l'elenco degli ospedali è sul sito www.ondaosservatorio.it).

Mariateresa Truncellito 

"Una scelta in più"

Racconta Arianna: «Sono anestesista rianimatrice e ho due bambini di sei e tre anni. Già alla prima gravidanza avrei voluto l'epidurale, e avevo fatto tutti gli esami nell'ospedale dove lavoro. Ma Giovanni alla 32ma settimana ha rotto il sacco amniotico: ho dovuto optare per un ospedale attrezzato per l'assistenza ai prematuri. Dove però l'epidurale è un'eccezione. Per non mettere in difficoltà i miei colleghi, ho fatto senza. Ho avuto un travaglio e un parto "dolorosamente normali": ero in ansia per il bambino, temevo avesse problemi - infatti è rimasto in terapia intensiva per un mese - e questo ha messo in secondo piano le mie esigenze. È andata bene, ma io sapevo che sarebbe potuta andare meglio.

Appena ho scoperto di essere di nuovo incinta, ho deciso che non avrei rinunciato per la seconda volta all'epidurale. Ma per la seconda volta ho dovuto ricredermi: ho avuto una preclampsia, una seria complicanza della gestosi che può mettere a rischio la vita di mamma e bambino. L'ho scoperta alla 34ma settimana, grazie agli esami di preparazione per l'epidurale, perché gli esami di routine, due settimane prima, erano perfetti. Ludovico è nato tre settimane dopo, con un parto indotto. Ma la scoperta tempestiva mi ha evitato un cesareo, che sarebbe stato molto peggio, nelle mie condizioni. Anche stavolta ero in una condizione psicologica pesantissima: già mi vedevo in rianimazione, io e il mio piccolo. Essere un medico ha peggiorato le cose. Il travaglio è stato violentissimo, con contrazioni ogni minuto e mezzo fin dall'inizio e 30 secondi di pausa, un incubo. Eppure, la dilatazione non avanzava: l'ansia bloccava il mio corpo. Dopo sei ore, l'anestesista ha deciso di mettermi il catetere e di somministrarmi una minima dose di farmaco. È bastato per tranquillizzarmi. Piano piano ho cominciato a rilassarmi e in dieci minuti sono passata da 2 soli centimetri di dilatazione al parto. Senza dolore. Carponi. "Sentendo" Ludovico che scendeva e che, mentre usciva da me, aveva una manina appoggiata su un orecchio.

So che con il mio lavoro la mia esperienza può sembrare "di parte". Penso che l'epidurale debba essere una scelta consapevole, una possibilità: chi non la desidera merita rispetto. Ma anche le donne che la vogliono lo meritano. Nel mio ospedale, all'inizio, le ostetriche erano contrarie. Però mi hanno dato fiducia: ho seguito i primi parti in analgesia rendendomi disponibile anche di notte e di domenica. I colleghi hanno visto che non è vero che blocca il travaglio, che impedisce di scegliere la posizione preferita per partorire e tanti luoghi comuni sono crollati. Le ostetriche hanno scoperto che l'epidurale non è un campo di battaglia: solo una risorsa in più per le donne. E oggi sono proprio loro che, se il travaglio è molto lungo, la propongono».

DAL FORUM

*Famiglia, lavoro, amore, società...
ma anche sogni e desideri.*

RIFLESSIONI E COMMENTI DAL MONDO DEI FORUM DI ELLE.IT

Fra pillole del giorno prima e dopo*di Chiara Valentini*

Festeggiando i 50 anni della pillola nei vari Paesi europei molte hanno osservato che per arrivare da noi il più sicuro degli anticoncezionali ci aveva messo una decina di anni in più. Ma non è solo sui tempi che siamo state penalizzate. Quante volte noi delle prime generazioni della pillola ci siamo sentite ripetere "attente, può alterare l'equilibrio dei vostri ormoni", "attente, fa ingrassare" o peggio ancora "vedrete che vi verranno i baffi"... E anche quando le pillole sono diventate leggere, e poi super-leggere come quelle che prende mia figlia, è rimasto un alone di diffidenza notevole, un pregiudizio che sembra tramandarsi. Solo così si spiega per-

ché in Italia è ancora un misero 25 per cento, come dire una donna su quattro, a scegliere la pillola, contro il 28 per cento del preservativo e l'inquietante 30 per cento del coito interrotto. Non sarà anche questa contraccezione poco affidabile la causa di un fenomeno di cui si parla poco, e cioè che mentre l'aborto in quasi trent'anni è comunque diminuito della metà, per quel che riguarda le giovanissime sta risalendo? Altre ricerche ci dicono che almeno una parte delle ragazzine che rimangono incinte finiscono per scegliere il vecchio aborto clandestino: per non doverlo dire in famiglia (per le minorenni ci vuole il consenso dei genitori) o per non affrontare le lunghe attese. Potrebbero essere evitati se non ci fosse una chiusura insensata all'educazione agli anticoncezionali. Se non fosse difficile, stando a molte denunce, riuscire a procurarsi una pillola del giorno dopo (niente a che fare con la RU486, non è un abortivo). O no?

gliere il vecchio aborto clandestino: per non doverlo dire in famiglia (per le minorenni ci vuole il consenso dei genitori) o per non affrontare le lunghe attese. Potrebbero essere evitati se non ci fosse una chiusura insensata all'educazione agli anticoncezionali. Se non fosse difficile, stando a molte denunce, riuscire a procurarsi una pillola del giorno dopo (niente a che fare con la RU486, non è un abortivo). O no?

COMMENTI

- **Pussipussi** Qualcuno sa a che punto è la ricerca sulla pillola maschile? No perché la pillola non sarà dannosa per la salute, ma a me non dispiacerebbe fare un po' per uno...
- **Slo66** Come è possibile tanta ignoranza con tutti i corsi di affettività prima e sessualità poi che fanno a scuola oggi i nostri figli? Sanno molto più di quello che sapevamo noi, parlano e chiedono di più. È incredibile....
- **Rosaconfetto** È vero, gli anticoncezionali sono ancora un tabù, soprattutto in famiglia, tra genitori e figli, che si vergognano di parlarne apertamente.