

Rassegna del 29/04/2010

RIFORMISTA - Luci di posizione - La pillola e la nostra libertà sulla pelle delle portoricane
- Scaraffia Lucetta

La pillola e la nostra libertà sulla pelle delle portoricane

LUCI DI POSIZIONE

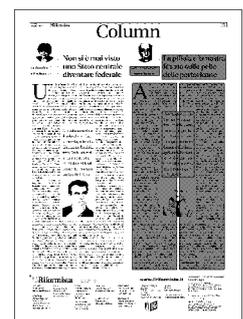
DI LUCETTA SCARAFFIA

A parte la voce discordante di Giuliano Ferrara, come sempre fuori dal coro, l'anniversario della pillola anticoncezionale è stato celebrato dai media con grande entusiasmo e poca memoria storica e soprattutto poca voglia di fare un serio bilancio dei suoi effetti nella società e nella vita delle donne. Dico poca memoria storica perché il breve accenno alle sperimentazioni del dottor Pinkus (foto) in America Latina, e prima in Asia, nasconde in realtà un selvaggio sfruttamento di donne povere e indifese, che hanno sofferto sul loro corpo gli effetti patologici di dosi massicce di ormoni, pagando così di persona la libertà sessuale delle donne occidentali. Scelte perché residenti in Paesi dove le leggi non proteggevano dai danni delle sperimentazioni, dove nel caso di gravidanza imprevista sarebbe stato possibile l'aborto, queste donne, infatti, hanno pagato con le loro sofferenze - forse qualcuna con la vita, non lo sapremo mai - per donne ricche e viziate che volevano solo allargare la loro libertà. La finanziatrice Margaret Sanger, considerata benemerita dell'emancipazione

delle donne, ha dimostrato una indifferenza veramente stupefacente nei loro confronti, come rivela la sua corrispondenza, ancora inedita.

Valeva la pena il sacrificio delle portoricane? Molti continuano a sostenere di sì, e a giurare dei benefici effetti della pillola sulla salute della donna, negando qualsiasi effetto negativo, neppure se assunta sul lungo periodo. Un prudente silenzio grava invece sulle evidenti conseguenze di sterilità sulle donne che la assumono come se fosse acqua per decenni, prima di decidersi a fare un figlio: a quel punto il loro corpo, che si è sentito negare per tanto tempo la procreazione, non la vuole più fare, anche se chimicamente sarebbe possibile. Perché i corpi sono complessi, e non solo una macchina a cui basta dare input tecnoscientifici a cui rispondere. Dalla diffusione della pillola, che oltre a tutto ha spostato verso l'alto l'età del primo concepimento "desiderato", nasce quindi la necessità di realizzare il concepimento nel momento in cui lo si desidera. Si è scoperto, allora, che è molto più facile impedire ai corpi delle donne di concepire che aiutarle a farlo quando è finalmente arrivato il momento in cui lo desiderano. L'ingegneria procreativa, che è poi l'altra faccia della pillola, funziona assai meno bene della pillola, e questo è causa di profonde infelicità, di tentativi stressanti e infruttuosi, nonché di un florido mercato.

Sono più felici le donne da quando usano la pillola? Più libere, certo, di vivere i rapporti sessuali come gli uomini, di fare carriera, di viaggiare



giare e di occuparsi del loro aspetto. Ma questa è felicità? Rimandare il desiderio di un figlio per anni, poi impazzire per averlo, e magari fare i salti mortali per allevarlo senza perdere opportunità professionali, senza ingrassare e cioè continuando a mantenersi attraenti sessualmente, non è una prospettiva straordinaria. Forse le nostre mamme, che partorivano da giovani, e si godevano in pace l'infanzia dei bambini senza preoccuparsi se mettevano su qualche chilo non erano così prigioniere, così disperate come si ama raccontare.

L'anniversario della pillola potrebbe quindi essere l'occasione di fare un bilancio vero, non ideologico, della condizione della donna oggi, degli effetti della rivoluzione sessuale sulla sua vita. Ma si continua invece a ripetere i soliti slogan - libertà uguale a felicità - e a non guardare alla realtà, a fingere che le adolescenti continuino ad abortire solo perché non sanno che esistono i contraccettivi, pillola compresa, e a considerare i metodi naturali di regolamentazione delle nascite come inefficaci o, peggio ancora, come ha scritto la Aspesi, "disgustosi".

Ancora una volta si tratta di ignoranza - il metodo Billings ha le stesse percentuali di efficacia della pillola, ed è usato in moltissimi Paesi del mondo, Cina compresa, con successo - e di doppiopesismo: perché le donne devono

esplorare il proprio corpo con entusiasmo con specchietti e strumenti vari, come vuole la lezione femminista, e invece trovare disgustoso fare la stessa operazione per controllare la propria fecondità? La Aspesi non lo spiega, ma si capisce che è la sola idea di utilizzare un metodo nato nel mondo cattolico che la riempie di orrore. E poi, il metodo Billings non costa niente - vogliamo mettere con i guadagni che la pillola ha garantito e garantisce all'industria farmaceutica? - e implica un coinvolgimento dell'uomo, mentre la pillola garantisce sì libertà totale, ma anche totale solitudine nel gestire il problema di un figlio.

In sostanza, abbiamo tolto un problema agli uomini, li abbiamo quasi completamente deresponsabilizzati sul piano della procreazione, e i risultati che si vedono non mi sembrano tali da giustificare tutti questi festeggiamenti.

L'anniversario del farmaco contraccettivo potrebbe essere l'occasione per fare un bilancio vero, non ideologico, della condizione della donna oggi, degli effetti della rivoluzione sessuale sulla sua vita. Invece ci si rifugia nei soliti slogan

Sanità. Il ddl di riordino è stato esaminato in commissione - All'esame dell'aula già in maggio

Intramuraria con meno vincoli

Maggiori controlli sulle attività che vengono svolte dai medici

Roberto Turno

ROMA

Libera professione intramuraria più liberal per i medici pubblici ma con rigidi controlli (e tanto di sanzioni per chi sgarra) sul volume di attività svolte anche per evitare le liste d'attesa. Libera professione in arrivo anche per gli infermieri e per tutti

IL MINISTRO

Fazio: grande rigore nelle nomine e nuovi criteri di valutazione delle prestazioni

gli operatori sanitari non medici. E ancora: più trasparenza nelle nomine di manager e primari Ssn, dipartimenti che diventano il fulcro dell'organizzazione di asl e ospedali-azienda con un ruolo in prospettiva più determinante del collegio di direzione al fianco del direttore generale, creazione della figura dei «dirigenti ingegneri» dei dipartimenti di prevenzione.

Con un testo di 14 articoli la Camera si prepara a scrivere una nuova pagina per l'organizzazione del Ssn. La parola in codice è «governance sanitaria», o meglio «governo clinico» delle attività sanitarie. Il provvedimento, che già nella passata legislatura aveva cercato di ritagliarsi uno spazio col Ddl dell'allora ministro Livia Turco, è stato esaminato ed emendato in sede referente dalla commissione Affari sociali e trasmesso per i pareri di rito a tutte le altre commissioni di Montecitorio. A stretto giro di posta tornerà alla Affari sociali e, quindi, sarà trasmesso all'aula dove è in calendario per il voto entro maggio. Poi toccherà al Senato. Ma contando già su un buon accordo di maggioranza, come ha messo in rilievo il relatore Domenico Di Virgilio (Pdl). Anche se non solo sullo sfondo resta l'incognita delle regioni che su questi temi non vogliono saperne di cedere terreno (e potere).

«È un testo interamente improntato a grande rigore: nelle nomine dei direttori generali e dei primari, ma anche nel funzionamento dei dipartimento come "unità centrale"», è il commento cauto (in attesa del voto finale) ma decisamente positivo del ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**. Che mette in rilievo sia la rivoluzione della cancellazione della «titolarità dei letti al primario» (in carico ai dipartimenti), sia il fatto che «per la prima volta saranno misurate anche quantitativamente le prestazioni, e non solo il tempo, svolte dai medici».

Per quanto riguarda la libera professione dei medici Ssn, si prevedono tre strade: rapporto non esclusivo (extramoenia, senza indennità di esclusiva); rapporto esclusivo con libera professione intramuraria; rapporto esclusivo con libera professione intramoenia negli studi privati (la cosiddetta "Alpi"). La novità è che l'Alpi (l'attività negli studi) diventa a questo punto non più un'eccezione a tempo, di anno in anno prorogabile, ma si consolida nel sistema e le regioni non avranno a questo punto più il vincolo di creare propri spazi per la libera professione intramuraria. Ogni regione farà la sua scelta.

Di qui, appunto, la sostanziale deregulation in arrivo per la libera professione dei medici pubblici. Ma con l'aggiunta dei controlli, che saranno disciplinati dalle regioni. Sotto check finirà così il «volume delle prestazioni erogate» nell'orario di lavoro istituzionale e in quello svolto in libera professione, ma anche contemporaneamente l'andamento delle liste d'attesa nei servizi dedicati alla libera professione. E per chi sgarra non mancheranno le sanzioni: anche l'addio alla libera professione. Quella intramuraria, s'intende, non quella in extramoenia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le scelte

I direttori generali

■ Per scegliere i direttori generali delle aziende sanitarie le Regioni danno notizia dei posti vacanti sia sulla «Gazzetta» che sui siti internet regionali e aziendali. I manager sono scelti in base a precisi requisiti e curricula e valutati secondo i risultati ottenuti sia sul piano dell'efficienza dei servizi che della gestione economico-finanziaria. Il loro stipendio dovrà essere almeno il 20% in più di quello dei primari della loro azienda

I primari

■ I primari e i dirigenti medici sono scelti dal direttore generale da una terna selezionata da una commissione che dovrà motivare le sue valutazioni. Tra gli strumenti per la verifica del loro operato entrano anche indici di soddisfazione degli utenti



LA SVOLTA

La Cina abolisce il divieto di ingresso ai malati di Aids Soddisfatta l'Oms

■ Il governo cinese ha annunciato ieri la revoca del bando ventennale all'ingresso nel Paese di stranieri sieropositivi, ammalati di Aids e di lebbra. Un comunicato del Consiglio di Stato spiega che il bando aveva un effetto limitato nella prevenzione della diffusione di queste malattie, ma poneva problemi a Pechino per l'organizzazione di eventi internazionali. Inoltre, spiega il comunicato, la decisione era stata presa in base «a una limitata conoscenza dell'Hiv/Aids e di altre malattie».

L'abolizione del bando giunge pochi giorni prima dell'apertura dell'Expo di Shanghai. In precedenza, il bando era stato temporaneamente sospeso per i Giochi asiatici di Pechino nel 1990, per la Quarta conferenza sulle donne nel 1995 e per le Olimpiadi di Pechino nel 2008.

Con la revoca del divieto ci-

nese non vi sono più Stati nel mondo che impediscono l'ingresso a sieropositivi e ammalati di Aids. Stati Uniti e Corea del Sud hanno abolito il divieto d'ingresso in gennaio.

Una decisione che «rappresenta un passo significativo nella giusta direzione». Così Margaret Chan, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, commenta l'annuncio del governo cinese.

«Questa decisione - sottolinea la numero uno dell'Oms - dovrebbe ispirare le altre nazioni a cambiare le leggi e le politiche che continuano a discriminare le persone che vivono con l'Hiv». Più di 50 Paesi, ricorda infatti l'Oms in una nota, hanno ancora leggi e restrizioni che aggravano l'emarginazione delle persone alle prese con l'infezione.

«Molte politiche che discriminano le persone che vivono con l'Hiv - sottolinea Chan - sono state emanate in un'epoca in cui attorno all'Aids c'era paura diffusa e disperazione». Grazie alla prevenzione e alle terapie per contrastare l'Hiv, sottolinea il direttore generale dell'Oms, le cose sono cambiate sensibilmente. Per questo, secondo Chan, «politiche che aiutano a superare le discriminazioni possono aiutare a prevenire ulteriormente la trasmissione» del virus.





IL PIACERE DI FARCELA *salute*

salute@mondadori.it

di Cinzia Testa

Terapie hi-tech per i tumori più difficili

La radioterapia può essere usata anche quando il cancro è in una brutta posizione. Le nuove apparecchiature lo individuano e lo raggiungono comunque. Risparmiando sempre i tessuti sani

Sono l'ultima frontiera delle cure antitumorali. Apparecchi all'avanguardia per la radioterapia che permettono di raggiungere e bombardare le cellule tumorali anche nei punti più difficili, in modo molto preciso e risparmiando i tessuti sani. Così si riducono al minimo effetti collaterali come le infiammazioni della pelle e la stanchezza esagerata. Le due apparecchiature, l'Imrt, acronimo di radioterapia a intensità modulata, e la tomoterapia elicoidale vengono già usate nei maggiori Centri oncologici e le cure sono a carico del Servizio sanitario nazionale. L'elenco delle strutture si trova su www.aimac.it.

L'Imrt arriva ovunque

Ci sono tumori difficili da trattare. Perché sono vicinissimi a organi importanti che non sono stati intaccati dalla malattia. Come il cancro cosiddetto testa-collo, che è pericolosamente accanto al midollo spinale e alle ghiandole salivari. E quello alla prostata, che è accanto alla vescica e al retto. In questi casi, con la radioterapia tradizionale si rischia di colpire non solo le cellule malate, ma anche questi organi preziosi. Perché le apparecchiature hanno un unico tipo di raggio che non è possibile modulare. «Con l'Imrt i fasci di radiazioni vengono programmati a computer dal radioterapista in base alla forma e alla localizzazione del tumore» spiega la dottoressa Laura Fariselli, direttore dell'unità operativa di radiologia dell'Istituto Besta di Milano. «Così, alcuni colpiscono la massa tumorale al centro, altri ai lati, con precisione millimetrica e senza intaccare gli organi vicini». In più, visto che i tessuti sani sono risparmiati, l'irradiazione è più efficace perché può essere effettuata con dosi più elevate.

La tomoterapia è un segugio infallibile

In alcune situazioni o in certe forme tumorali la radioterapia può essere più complessa perché è difficile centrare il bersaglio. Succede, per esempio, quando il male riguarda un organo "in movimento", come capita con il mesotelioma, un tipo di tumore polmonare. Oppure se il cancro ha aggredito una zona del corpo estesa in lunghezza, come il medulloblastoma del cervello e della colonna vertebrale. O ancora, se il malato è un bambino: difficile tenerlo immobile durante il trattamento. Adesso questi problemi sono stati superati grazie alla tomoterapia elicoidale. «Se i tumori sono localizzati su parti del corpo che si estendono in lunghezza, vengono colpiti interamente da un apparecchio ad arco che scorre sul paziente, ruotando a 360 gradi» dice la dottoressa Fariselli. «Se la massa è su un organo in movimento, durante la terapia vengono "scattate" delle immagini che permettono di coglierne anche gli impercettibili spostamenti e di direzionare il raggio in modo che continui a centrare il bersaglio».

Il mese della prevenzione

Donna Moderna dedica aprile alla celiachia e ai disturbi intestinali. L'équipe di gastroenterologia dell'università Politecnica delle Marche risponde alle lettrici giovedì, venerdì e lunedì dalle 9 alle 12 al 3492235447. Oppure si può inviare un'email all'indirizzo: catassi@tin.it.

L'intervento

«Prevenzione arma vincente contro il tumore alla prostata»

L'urologo Mirone: tutti gli uomini sopra i 45 devono sottoporsi al Psa

Vincenzo Mirone*

In medicina la prevenzione è sempre stata considerata la migliore forma di cura; intervenire ai primi segni di una malattia, prima che questa si sviluppi nella sua completa gravità, ha sempre garantito i migliori risultati.

Nel corso degli ultimi anni sempre più donne hanno scelto di adottare comportamenti preventivi a tutela della propria salute. Ad esempio, almeno il 70.9% delle donne italiane nella fascia di età compresa fra 25 e 64 anni ha effettuato il Pap Test almeno una volta nella propria vita, mentre le donne di età compresa fra 50 e 69 anni, popolazione target per lo screening del tumore della mammella, che hanno effettuato una mammografia almeno una volta nella vita, sono pari al 71% della popolazione femminile della stessa classe di età. Secondo recenti dati forniti dall'ISTAT, in Italia solo il 25% della popolazione generale si sottopone ad una visita specialistica a carattere esclusivamente preventivo. Di questo 25%, solo il 3.5% ha effettuato una visita specialistica urologica (27% odontoiatrica, 9.3% cardiologica, 8,1% ostetrico-ginecologica).

L'importanza della prevenzione oncologica nel sesso maschile è spiegata dal fatto che il tumore della prostata rappresenta il cancro più frequente nel sesso maschile (in Italia ogni anno si registrano oltre 60.000 nuovi casi ed 11.000 decessi legati a questa patologia) e che, nella maggior parte dei casi, presenta una scarsa sintomatologia. È quindi un dovere della Società Italiana di Urologia e di tutte le Istituzioni pubbliche aumentare il livello di attenzione della popolazione italiana in tema di prevenzione e diagnosi precoce.

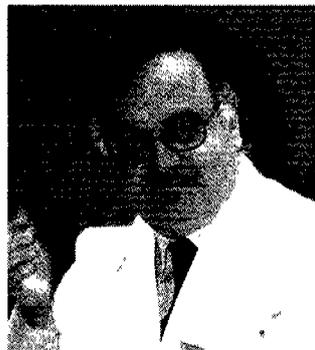
Nonostante la sua efficacia e affidabilità siano state messe in discussione, il PSA continua a rappresentare un valido strumento per effettuare una diagnosi precoce del tumore prostatico. Non a caso, dalla sua introduzione nella pratica clinica nel 1986, il dosaggio

del PSA ha radicalmente modificato l'approccio diagnostico e terapeutico dell'Urologo nei confronti di tale patologia, riducendo il numero dei pazienti che giungono all'osservazione clinica con forme di malattia già in fase localmente avanzata o metastatica. Proprio per questo motivo è bene sottolineare che oggi di cancro della prostata si può guarire, ed anticipare la diagnosi consente di mettere in atto le strategie terapeutiche.

Per riconoscere precocemente una neoplasia prostatica, è necessario avere in mano tre elementi: il dosaggio del PSA, l'esplorazione digito-rettale della prostata e la valutazione ecografica transrettale della ghiandola.

La comunità scientifica è concorde nell'affermare che la decisione di sottoporsi allo screening del PSA deve essere discussa e concordata caso per caso tra il paziente e lo specialista urologo. Il dosaggio del PSA andrebbe consigliato, almeno una volta l'anno, agli uomini di età superiore ai 50 anni, salvo diversa indicazione dello specialista. Negli uomini con familiarità per cancro della prostata tale screening dovrebbe essere iniziato più precocemente, a partire dai 45 anni d'età.

**Ordinario di Urologia Università «Federico II» di Napoli
Segretario Generale Società Italiana di Urologia*



Vincenzo Mirone
Ordinario di Urologia



MARIO DE LENA*

Oncologia, ritardo inspiegabile

Sia come addetto ai lavori che conosce bene le necessità dei pazienti oncologici pugliesi che come comune cittadino, mi chiedo quanto ancora si dovrà attendere per il trasferimento dell'IRCCS Oncologico dalla Mater Dei al Cotugno.

Non riesco a trovare una spiegazione plausibile all'annoso ritardo dal momento che mi risulta che nel Cotugno siano giacenti, già collocate e pronte ad entrare in funzione, apparecchiature di elevato livello qualitativo e di indubbio valore terapeutico.

Più precisamente si tratta delle seguenti apparecchiature: 2 acceleratori lineari di ultima generazione per la radioterapia (uno con tomografo) e un TAC-simulatore. Per la diagnostica per immagini sono già disponibili due TAC (16 e 64 slices), una Risonanza Magnetica da 1.5 tesla ed

un mammografo digitale mentre la radiologia interventistica può già disporre di un'Angio-TAC. Inoltre sono già disponibili e perfettamente operative 5 sale operatorie con relativa centrale di sterilizzazione e 4 posti di terapia sub-intensiva.

Anche gli arredi sanitari (letti, armadi ecc.) oltre a quelli amministrativi, sono già stati collocati. Inoltre, ma si tratta di attendere solo un paio di settimane, anche i laboratori di vaccino-terapia, gli arredi di laboratorio e due posti letto per immunodepressi, saranno disponibili. Inutile aggiungere che a questo materiale verrà aggiunto quello di proprietà dell'Oncologico attualmente ubicato alla Mater Dei.

E' evidente che la giacenza inattiva di queste attrezzature (ricordo che si tratta di materiale di primordine del costo di svariati milioni di euro), in questi tempi di crisi economica e con le

strizioni obbligatorie per la sanità, imporrebbe la rapida attuazione dell'utilizzo di tali attrezzature. In tal modo la nostra Regione verrebbe posta in condizioni di operare al meglio per i suoi cittadini senza sottoporli ai ben noti disagi per salvaguardare la propria salute. Dobbiamo augurarci che le Autorità preposte a vigilare e sollecitare il trasferimento agiscano in fretta così come sarebbe opportuno che la cittadinanza facesse sentire la propria voce in merito.

Tutto ciò fino ad oggi non solo non si è verificato ma tutto sta ancora passando sotto un colpevole silenzio. Perché? Credo che sia gli operatori sanitari dell'Oncologico, ma soprattutto i pazienti affetti da cancro meritino una rapida risposta.

** Direttore scientifico emerito dell'Ircss Oncologico di Bari*

