



RASSEGNA STAMPA 11-01-2016

1. CORRIERE.IT «Un centesimo in più a sigaretta per curare tutti i malati di tumore»
2. ITALIA OGGI Alcol e tabacco bomba cancerogena
3. QUOTIDIANOSANITÀ Nuovi farmaci. Tutte le novità in arrivo dagli Usa
4. STAMPA Nuovi farmaci contro tumori ed epatite C - In arrivo 45 super-farmaci
5. SOLE 24 ORE DOMENICA Confluenze di interessi
6. CORRIERE DELLA SERA «So cos'è la malattia Adesso mi batterò per cure più eque»
7. REPUBBLICA AFFARI&FINANZA Sos sanità mancano 6 mila tra medici e infermieri
8. REPUBBLICA Svoltata in sala parto le neo mamme vanno a casa già dopo sei
9. CORRIERE DELLA SERA Poca assistenza per i piccoli e gestione difficile del lavoro

<http://www.corriere.it/>

LA PROPOSTA

«Un centesimo in più a sigaretta per curare tutti i malati di tumore»

Ogni ora in Italia sono 40 le diagnosi di tumore e il 39% della spesa farmaceutica ospedaliera va nelle terapie anticancro. L'idea di oncologi e associazioni di pazienti **di V. M.**



Da tempo è scattato l'allarme per il costo elevato delle cure anticancro. Negli ultimi anni sono sempre più frequenti i richiami (di oncologi e associazioni di pazienti) sull'imminente collasso del nostro Sistema sanitario, che non riesce più a garantire gratuitamente a tutti i malati, il cui numero è in costante crescita, i costosissimi medicinali innovativi. E visto che il prezzo globale dei farmaci anti-cancro ha raggiunto, nel 2014, la cifra record di cento miliardi di dollari, gli oncologi italiani sono convinti che serva un fondo nazionale dedicato ai farmaci oncologici innovativi, per far fronte alle necessità di quell'esercito di persone, circa 3 milioni di connazionali, che combattono contro un tumore.

Usare 11 miliardi di euro per pagare i farmaci anticancro

Un fondo autonomo che, come è stato illustrato durante una conferenza a Milano, potrebbe essere finanziato con il gettito derivante dal tabacco. Lo Stato oggi ricava circa 11 miliardi di euro dalle accise del tabacco (principale causa di numerosissime forme di tumore, a cominciare da quello ai polmoni) e impiega queste risorse in vario modo: ne basterebbe una piccolissima parte, anche solo il 5 per cento, per garantire pieno accesso a tutti i malati italiani ai tanti farmaci innovativi che arriveranno sul mercato e che potrebbero cambiare le loro aspettative di vita. La richiesta alle istituzioni è avanzata dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), insieme alle rappresentanze dei pazienti: «Così potremo lavorare per garantire a tutti i pazienti italiani le cure più innovative ed efficaci - spiega Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom -. Ogni ora in Italia vengono individuati più di 40 nuovi casi di cancro, sono 363.300 le diagnosi stimate nel 2015. In diciassette anni (dal 1990 al 2007, secondo gli ultimi dati disponibili) le guarigioni sono aumentate del 14 per cento e oggi oltre 700mila connazionali possono

considerarsi definitivamente liberi dalla malattia. L'innovazione in oncologia ha permesso di raggiungere risultati straordinari e la ricerca scientifica ha reso disponibili armi sempre più efficaci come l'immunoncologia e le terapie target personalizzate, che potrebbero consentire di cronicizzare diverse malattie neoplastiche anche molto aggressive e in fase avanzata».

Un centesimo in più a sigaretta per 140 milioni di bionde

Gli oncologi italiani propongono in pratica al Governo di finanziare il fondo attraverso il gettito derivante dal tabacco, un centesimo in più a sigaretta, con il duplice obiettivo di sostenere il costo dei medicinali e contrastare il tabagismo. I fumatori in Italia sono 10,9 milioni (pari al 20,8 per cento della popolazione): il 16,7 per cento dei tabagisti consuma fino a 9 sigarette al giorno, il 49,2 per cento fra 10 e 19, il 26,9 per cento più di 20. Nel nostro Paese ogni fumatore consuma in media 13,1 sigarette al giorno, per un totale di circa 140 milioni di bionde ogni 24 ore. «Nel 2015 sono stimati circa 41mila nuovi casi di tumore del polmone, una malattia per la quale la prevenzione può fare davvero la differenza - spiega Pinto -. Purtroppo il consumo di tabacco aumenta, soprattutto nel sesso femminile, ed è fra le donne, infatti, che rileviamo significativi aumenti di nuove diagnosi di cancro al polmone. La nostra proposta prevede una precisa destinazione d'uso per una piccolissima parte del gettito che lo Stato ottiene dalle accise sul tabacco, ad oggi pari a circa 11 miliardi di euro, destinandola a sostenere il fondo e quindi a garantire l'accesso alle nuove terapie a tutti».

Nuovi farmaci: ritardi e disparità in Italia

«I pazienti - aggiunge Elisabetta Iannelli, segretario generale di Favo (Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) - hanno il diritto di accedere alle cure innovative in tempi adeguati, talvolta anche poche settimane possono fare la differenza. I ritardi di molti mesi, spesso dovuti alla burocrazia, non sono accettabili e non devono costituire alibi che giustificano risparmi di spesa sanitaria sulla pelle dei malati. L'istituzione di un fondo nazionale, dedicato ai farmaci oncologici innovativi, finanziato con le accise sul tabacco, garantirebbe accesso ai farmaci più innovativi ed efficaci a tutti i malati italiani». Aiom e Favo hanno documentato la disparità territoriale nell'accesso ai farmaci che in alcune Regioni arrivano al letto del malato mediamente dopo 600 giorni dall'autorizzazione all'immissione in commercio, ma che in alcuni casi hanno tardato addirittura tre anni. «Nel complesso emerge una situazione di razionamento e di negazione e, comunque, di ritardo nell'accesso ad alcune cure già previste dalla normativa europea e nazionale per pazienti oncologici di alcuni territori e di alcune forme tumorali, più volte segnalata dalle associazioni dei pazienti» dice Iannelli. «L'Unione europea - sottolinea Annamaria Mancuso, presidente Salute Donna Onlus - ha concesso a ogni cittadino il diritto di recarsi in qualsiasi Stato membro per farsi assistere. Ma le migrazioni rappresentano un fallimento dell'intero sistema. Per questo il fondo nazionale costituisce anche uno strumento per consentire ai pazienti di essere assistiti vicino al domicilio».

Il nostro Paese ha i prezzi più bassi a livello europeo

Fra il 2010 e il 2014 sono stati introdotti, a livello globale, 45 nuovi farmaci anticancro per 53 indicazioni. Nell'ultimo quinquennio la spesa sanitaria pubblica in Italia (pari a 111 miliardi di euro nel 2014) è cresciuta dello 0,9 per cento, rispetto al +3,6 per cento delle altre voci di spesa pubblica. In Italia l'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) è riuscita a garantire l'erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale di molti farmaci ad alto costo con accorgimenti organizzativi (distribuzione diretta con gli sconti dovuti alle strutture pubbliche) e finanziari (*cost-sharing, risk-sharing, payment by result*) che hanno permesso di avere nel nostro Paese i prezzi più bassi per questi farmaci a livello europeo. «Il sistema italiano di rimborsabilità funziona - continua Pinto -, ma ora è necessario introdurre modifiche nella valutazione del prezzo dei farmaci, che si riferiscano anche all'efficacia. Dovrebbero cioè essere stabilite tre fasce di costo in rapporto al valore. Nella prima andrebbero inclusi i farmaci che garantiscano un prolungamento di oltre un terzo dell'aspettativa di vita. A seguire la fascia intermedia e nell'ultima rientrerebbero quelle terapie che offrono un prolungamento inferiore al 15 per cento dell'aspettativa di vita».

Spesa pubblica: medicinali anticancro secondi

«È necessario individuare nuove risorse - prosegue Pinto -. Razionalizzazione della spesa, secondo i principi dell'appropriatezza e del riordino dei percorsi assistenziali in oncologia, con l'istituzione dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) e delle reti oncologiche regionali, insieme a una precisa definizione qualitativa e quantitativa dell'innovazione, sono strumenti importanti, ma non bastano al fine di rendere sostenibile per il Sistema Sanitario Nazionale quanto si prospetta nei prossimi anni come innovazione in oncologia. È stato istituito un fondo per i farmaci innovativi, è ora indispensabile crearne uno destinato in modo mirato all'oncologia. Negli

ultimi anni, parallelamente all'arrivo sul mercato di grandi innovazioni, che hanno dato ai pazienti oncologici nuove speranze, è cresciuto l'impatto economico delle terapie anticancro: sono aumentate dal 23,7 al 39 per cento fra il 2007 e il 2013. Per la prima volta, nel 2014, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori si collocano in seconda posizione (dati Aifa), subito dopo i trattamenti cardiovascolari, per impatto sulla spesa farmaceutica complessiva (3.934 milioni di euro) e al primo posto per spesa pubblica a carico del Servizio Sanitario Nazionale (3.899 milioni), in crescita del 9,6 per cento rispetto al 2013. La sfida della sostenibilità si affronta ottimizzando la spesa e migliorando l'appropriatezza prescrittiva». L'oncologia si colloca inoltre al primo posto per numero di studi clinici con il 35 per cento del totale (204 nel 2013). «Le sperimentazioni però - conclude Pinto - sono diminuite in modo preoccupante, con un calo del 23,4 per cento in cinque anni (2009-2013). In particolare gli studi non profit hanno fatto registrare una diminuzione del 56,3 per cento. L'istituzione di un fondo oncologico nazionale autonomo determinerà anche nuovo stimolo all'attrazione di trial clinici nel nostro Paese».

LO DIMOSTRA UNO STUDIO IN FRANCIA

Alcol e tabacco bomba cancerogena

In Francia, due tumori orofaringei su tre sono dovuti all'associazione di tabacco e alcol, secondo lo studio condotto dal gruppo Icare e pubblicato su *BioMedcentral Cancer*. La ricerca analizza la quota di rischio attribuibile a questi due fattori responsabili dell'insorgenza dei tumori della sfera orale. Il cancro della bocca non è il più frequente fra questi tipi di tumori, ma non è neppure il meno formidabile dal momento che si trova al 7° posto come causa di morte per gli uomini e al 12° per le donne. Il tasso di sopravvivenza è basso per gli uomini (25%), un po' più alto per le donne (40%). Nel suo ultimo report, l'istituto francese dei tumori stima che il cancro, rispettivamente, di bocca, labbra, e faringe abbia causato, complessivamente, oltre 3 mila decessi l'anno: nel 2012, 2.465 uomini e 727 donne. L'insorgenza di questi tumori è tardiva negli uomini come nelle donne: all'incirca 9 casi su 10 sono diagnosticati fra i cinquantenni e più. Tuttavia, l'evoluzione di questi ultimi anni dimostra un calo fra gli uomini e un aumento tra le donne, dovuto perlopiù all'incremento del fumo, secondo i dati forniti dall'Inca.



Lo studio del gruppo Icare indica che il rischio di sviluppare un tumore della cavità orale è dello 0,3% se si tratta di consumi occasionali. L'alcol da solo è un fattore di rischio molto debole, quasi nullo per chi beve in piccola quantità. Peggio è per il tabacco, che da solo incide per il 13% come causa di rischio e aumenta con la durata del vizio del tabagismo. Tuttavia, l'associazione di alcol e fumo, insieme, diventa un cocktail esplosivo che fa salire al 70% l'incidenza, più per gli uomini (74%), che per le donne (45%). Bere e fumare insieme poi, è la cosa peggiore, perché l'alcol provoca una vasodilatazione delle mucose e irritazioni locali che facilitano la penetrazione delle sostanze tossiche del fumo.

© Riproduzione riservata



quotidiano**sanità**.it

Venerdì 08 GENNAIO 2016

Nuovi farmaci. Tutte le novità in arrivo dagli Usa. Dal cancro alla fibrosi cistica. Dal cuore al colesterolo. Con attenzione alle malattie rare

Nel corso del 2015 la Fda ha approvato e riconosciuto come innovativi 45 nuovi farmaci in diverse patologie. Si tratta di vere e proprie novità terapeutiche che offrono risposte a esigenze mediche non ancora soddisfatte o che migliorano significativamente le terapie già disponibili. Per il 60% di questi è stata scelta la procedura di registrazione accelerata per aumentare la velocità di sviluppo e autorizzazione dei medicinali.

Nel 2015, il Centro della Food and Drug Administration per la valutazione dei farmaci e della ricerca (CDER) ha approvato 45 farmaci innovativi, registrate come New Drug Applications (NDAs) o come nuove terapie biologiche (Biologics License Applications - BLAs).

Ogni anno – spiega una nota dell'Aifa – la FDA approva centinaia di nuovi farmaci, molti dei quali sono varianti di prodotti già esistenti, basti pensare alle nuove forme di dosaggio di prodotti già approvati o all'immissione in commercio di farmaci equivalenti in seguito alla scadenza della copertura brevettuale. I 45 nuovi farmaci cui fa riferimento l'FDA rientrano in un sottoinsieme più ristretto di quello delle nuove autorizzazioni, in quanto si tratta di medicinali **che offrono una risposta a esigenze mediche non precedentemente soddisfatte o che contribuiscono a far progredire in maniera significativa l'offerta terapeutica per i pazienti e la salute pubblica in generale.**

Tra il 2006 e il 2014 il CDER dell'FDA ha fatto registrare una media di 28 approvazioni di farmaci innovativi all'anno e, secondo quanto comunicato dall'FDA, le domande di nuove registrazioni si mantengono costanti nel tempo. Molti dei 45 farmaci approvati nel 2015 sono caratterizzati da un alto potenziale in termini di impatto sulla qualità delle terapie: **16 dei di questi (il 36%) sono stati approvati come "first-in-class"**, un ulteriore indicatore del carattere di innovatività di un farmaco. Questi medicinali presentano spesso meccanismi di azione diversi da quelli delle terapie esistenti sul mercato. L'alto tasso di approvazione di "first-in-class" indica che il gruppo di innovativi autorizzati nel 2015 è composto da molti farmaci di questo tipo.

Secondo l'FDA tra i farmaci degni di nota in questo gruppo rientrano: **Bridion**, per l'inversione del blocco neuromuscolare indotto da alcuni tipi di anestesia; **Ibrance**, per il trattamento del cancro al seno metastatico e **Praxbind**, per invertire gli effetti anticoagulanti negativi causati da dabigatran.

Spazio ai farmaci rari. Circa il 47% dei farmaci innovativi approvati nel 2015 (21 su 45) è stato autorizzato per il trattamento di malattie rare. Si tratta di un dato significativo – sottolinea ancora l'Aifa – perché i pazienti affetti da malattie rare hanno spesso poche opzioni di trattamento disponibili (in alcuni casi nessuna). Tra gli esempi di terapie per le malattie rare approvate nel 2015 l'FDA cita: **Kanuma**, finalizzato al trattamento del deficit di lipasi acida lisosomiale, una rara malattia genetica ereditaria che non permette all'organismo di produrre un enzima responsabile della metabolizzazione dei grassi e può portare a malattie epatiche, cardiovascolari e a danni agli organi potenzialmente letali; **Orkambi**, medicinale per la fibrosi cistica; **Strengiq**, una terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine nei pazienti

con ipofosfatasia a insorgenza infantile e giovanile; **Unituxin**, indicato per il trattamento di pazienti pediatrici con alto rischio di neuroblastoma e **Xuriden**, per il trattamento di pazienti con oroticoaciduria ereditaria, una patologia che può causare anomalie del sangue (anemia, diminuzione della conta dei globuli bianchi, diminuzione della conta dei neutrofili), ostruzione delle vie urinarie, ritardo di crescita e ritardo nello sviluppo.

Tra gli ulteriori farmaci segnalati dall'FDA ci sono anche l'antibatterico **Avycaz**, per trattare le infezioni intra-addominali complicate e le infezioni del tratto urinario complicate, e il prodotto antifungino **Cresemba**, indicato nell'aspergillosi invasiva e nella mucormicosi invasiva. Inoltre, il CDER dell'agenzia americana evidenzia anche i farmaci cardiovascolari **Entresto**, per trattare l'insufficienza cardiaca, e **Corlanor**, per ridurre l'ospedalizzazione causata dal peggioramento dell'insufficienza cardiaca. Tra i farmaci per l'ipercolesterolemia l'ufficio dell'FDA mette l'accento su **Praluent**, per il trattamento di pazienti affetti ipercolesterolemia familiare eterozigote difficile da trattare e **Repatha**, per il trattamento di questa stessa condizione così come dell'ipercolesterolemia familiare omozigote (una malattia rara).

Nel campo dell'oncologia il 2015 ha visto la registrazione di: **Darzalex**, **Empliciti**, **Farydak**, e **Ninlaro**, per il trattamento di pazienti affetti da mieloma multiplo; **Alecensa** e **Tagrisso**, per il trattamento di pazienti affetti da cancro del polmone non a piccole cellule; **Cotellic**, per il trattamento di alcuni pazienti con melanoma metastatico; **Lonsurf**, per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma coloretale metastatico, e **Yondelis**, per il trattamento del carcinoma del tessuto molle. Approvazioni importanti dell'anno includono anche **Viberzi**, per il trattamento di pazienti affetti da sindrome dell'intestino irritabile con diarrea (IBS-D), **Veltassa**, per il trattamento dell'iperkaliemia, e **Daklinza**, per il trattamento dell'epatite C cronica da virus genotipo 3.

Il 60% dei 45 farmaci innovativi è stato inserito in uno dei programmi concepiti dall'FDA per accelerare il processo registrativo: *Fast Track*, *Breakthrough*, revisione prioritaria, e/o approvazione accelerata. Ognuna di queste designazioni – ricorda ancora l'Aifa nella sua nota - aiuta ad aumentare la velocità di sviluppo e autorizzazione dei medicinali ed è stata progettata per contribuire a portare dei farmaci di particolare importanza il più rapidamente possibile sul mercato.

Fonte: Aifa

IN TUTTO SONO 45

Nuovi farmaci
contro tumori
ed epatite C



Noemi Penna A PAGINA 10

In arrivo 45 super-farmaci Curano dai tumori all'epatite C

L'Aifa: «Faranno progredire l'offerta terapeutica per milioni di pazienti»

28,7

miliardi
È il fatturato
dell'industria
farmaceutica
in Italia
nel 2014
(+4,5%
sul 2013)

24.840

euro
È il costo a
persona della
terapia anti-
epatite C con
il Viekirax,
il farmaco
meno costoso

NOEMI PENNA
TORINO

Presto in Italia potremo contare su 45 nuovi farmaci che offrono risposte mediche non soddisfatte sino a ora. Hanno passato il vaglio del centro statunitense Fda e in una nota l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, fa sapere che 27 di questi hanno ottenuto «la revisione prioritaria, per essere portati il più rapidamente possibile sul mercato nostrano».

Già nei prossimi mesi si potrà quindi contare su un nuovo farmaco contro la fibrosi cistica, il cancro al seno, contro l'ipercolesterolemia così come l'insufficienza cardiaca. E nel lungo elenco c'è anche il «Daklinza» per i malati di epatite C, che riapre il problema dei rimborsi ministeriali dei super-farmaci contro un virus che causa 11 mila morti l'anno.

Molecole innovative

Dietro un nuovo farmaco, non c'è sempre un nuovo principio attivo. Sono infatti centinaia ogni anno le varianti approvate di prodotti già esistenti. Questi 45, invece, rientrano in un sottoinsieme più ristretto di nuove autorizzazioni che porteranno in Italia molecole non ancora commercializzate e che, secondo l'Aifa, «faranno progredire in maniera significativa l'offerta terapeutica per i pazienti e la salute pubblica in generale, con un alto potenziale in termini d'impatto sulla qualità delle terapie». Questi medicinali presentano infatti meccanismi di azione diversi da quelli attualmente in mercato. Ma a far la differenza saranno i costi e l'inserimento, o meno, nella categoria dei farmaci rimborsati dal sistema nazionale.

Dal colesterolo al cancro

Molti dei nuovi farmaci sono stati studiati per malattie rare come il «Kanuma» per il deficit di lipasi acida lisosomiale (malattia genetica ereditaria che non permette all'organismo di produrre l'enzima per metabolizzare i grassi), l'«Orkambi» per la fibrosi cistica e il «Xuriden», per i pazienti con oroticoaciduria ereditaria (patologia che può causare anomalie del sangue come anemia e riduzione dei globuli bianchi). Altri sono contro patologie oncologiche, come mieloma, melanoma, cancro del polmone e al seno. Ma ci sono alcuni destinati a migliorare la vita di milioni di malati, come il «Praluent» contro l'ipercolesterolemia, l'«Entresto», per l'insufficienza car-

diaca, e il «Corlanor», che promette di ridurre l'ospedalizzazione nei cardiopatici.

Situazione al vaglio

In via di approvazione c'è anche il «Daklinza» per il trattamento dell'epatite C, che si andrà a sommare al «Sovaldi», «Viekirax» ed «Exviera», i tre super-farmaci per cui si è scatenato il problema di costi di produzione e rimborsi del ministero. Nonostante la legge approvata nel 2014 che prevede il finanziamento per la somministrazione di farmaci innovativi, le Regioni non hanno ricevuto i fondi ma ottenuto un rimborso attraverso note di credito farmaceutiche. Situazione sotto il vaglio dell'Antitrust, che sta bloccando la cura di migliaia di malati. Solo per i 2 mila pazienti piemontesi servirebbero 49 milioni in caso di impiego di «Viekirax» e 74 milioni per il «Sovaldi».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



I 20 principali prodotti

PRINCIPI ATTIVI E MALATTIE TRATTATE

-  **Bridion** (sugammadex)
inversione del blocco neuromuscolare indotto da anestesia
-  **Ibrance** (palbociclib)
cancro al seno metastatico
-  **Praxbind** (idarucizumab)
anticoagulante negativo
-  **Kanuma** (sebelipase alfa)
deficit di lipasi acida lisosomiale
-  **Orkambi** (lumacaftor + ivacaftor)
fibrosi cistica
-  **Strensiq** (asfotase alfa)
ipofosfatasia
-  **Unituxin** (dinutuximab)
neuroblastoma pediatrico
-  **Xuriden** (uridine triacetate)
oroticoaciduria ereditaria

-  **Avycaz** (ceftazidime + avibactam)
antibatterico urinario
-  **Cresemba** (isavuconazonium sulfate)
antifungino per aspergillosi
-  **Entresto** (sacubitril + valsartan)
insufficienza cardiaca
-  **Corlanor** (ivabradine)
cardiopatie
-  **Praluent** (alirocumab)
ipercolesterolemia
-  **Darzalex** (daratumumab)
-  **Empliciti** (elotuzumab)
-  **Farydak** (panobinostat)
-  **Ninlaro** (ixazomib)
mieloma multiplo

-  **Alecensa** (alectinib)
Tagrisso (Osimertinib)
cancro del polmone
-  **Cotellic** (cobimetinib)
melanoma metastatico
-  **Lonsurf** (trifluridine+tipiracil)
carcinoma colon-rettale
-  **Yondelis** (trabectedina)
carcinoma del tessuto molle
-  **Viberzi** (eluxadoline)
sindrome dell'intestino irritabile
-  **Daklinza** (daclatasvir)
epatite C



I numeri

5

milioni

Sono gli italiani affetti dalle cardiopatie: ogni anno i problemi di cuore sono la causa del 45% delle morti totali

3

milioni

Chi soffre di diabete oggi ma nel 2030 i malati potrebbero salire a 5 milioni: è diabetico il 4,9% degli italiani

2,6

milioni

Sono le persone che soffrono di bronco-pneumopatie croniche ostruttive: sono dovute principalmente al fumo

1

milione

È questo il totale dei malati di epatite C ma soltanto il 45% è noto al sistema sanitario. Oltre il 50% dei casi è al Sud

cammini - LA STAMPA

REGOLE PER LA RICERCA

Confluenze di interessi

Parlando genericamente di conflitti di interesse si rischia di gettare un'ombra negativa anche su forme raccomandabili di collaborazione tra enti diversi, università e produttori di farmaci

di **Luca Pani**

L'Agenzia Italia del Farmaco (Aifa) ha un rigidissimo regolamento in materia di conflitto di interesse. Non si tratta di una cosa marziana, perché in quasi tutti i Paesi più sviluppati nell'ultimo mezzo secolo sono state introdotte e perfezionate normative volte a evitare che nel perseguimento di interessi pubblici come, per esempio, la tutela della salute, non potessero, nemmeno in teoria, interferire interessi personali o secondari. L'abbattimento del livello dei conflitti d'interesse è stato nella storia forse l'unico efficace rimedio contro la corruzione. E non può essere ottenuto solo attraverso delle leggi o con appelli moralistici/populistici, perché gli esseri umani sono evolutivamente selezionati per essere egoisti, nepotisti, ingannatori, eccetera. Dobbiamo sapere che non ci viene quindi del tutto naturale essere onesti e trasparenti.

Proprio per questo e visto che l'interesse principale della ricerca scientifica in medicina è quello di provare a contribuire alla salute dei pazienti, offrendo loro nuove e sempre migliori terapie, abbiamo il dovere di occuparci del problema. Tanto più che la ricerca biomedica è un terreno complesso e scivoloso in cui operano numerosi attori, ciascuno dei quali portatore di interessi primari (svolgere il proprio lavoro con serietà professionale e trasparenza in vista di un obiettivo di interesse generale) e secondari (ricerca di vantaggi personali od favori per parente e amici, eccetera), visibili o invisibili, che non necessariamente coincidono con gli obiettivi prioritari e attesi da tutti gli attori sociali. L'influenza che questi fattori, in particolare di natura finanziaria ma non solo, possono esercitare sul singolo ricercatore, sugli organi o sulle istituzioni nel loro complesso è un tema oggetto di discussione perenne nella comunità scientifica internazionale. Per ridurre la possibilità che legami finanziari o di altro tipo contaminino la corretta ideazione, conduzione e interpretazione degli studi clinici, a livello mondiale vengono immaginate continuamente delle strategie per ridurre, minimizzare o gestire il conflitto di interesse.

Ma quali sono i risultati ottenuti in termini di consapevolezza del problema e delle sue potenziali ricadute sulla ricerca biomedica? E quali gli approcci innovativi in un settore che è stato radicalmente trasformato negli ultimi anni dall'arrivo di start-up di derivazione accademica che hanno rapidamente conquistato il mercato biotech?

Un recente incontro ospitato dall'Institute

for Translational Medicine and Therapeutics dell'Università della Pennsylvania, con la partecipazione di esperti internazionali in tema di conflitto di interesse, ha prodotto diversi spunti di riflessione. Due indiscussi esperti come Cappola e Fitzgerald hanno pubblicato su «JAMA», rivista tra le più sensibili a tali tematiche, un editoriale nel quale hanno analizzato un apparentemente banale problema di linguaggio nell'approccio alla gestione degli interessi concomitanti nella ricerca. La locuzione "conflitto di interesse", a loro modo di vedere, rappresenta un termine peggiorativo. «Piuttosto – sostengono – ci si dovrebbe concentrare sull'obiettivo, che è quello di allineare gli interessi secondari con il fine primario della ricerca, ossia beneficiare i pazienti e la società, in modo da minimizzare il rischio» di manipolazioni consapevoli o inconsapevoli dei risultati delle ricerche.

Un termine più adeguato potrebbe essere secondo loro quello di "confluenza di interesse", che implica un allineamento di interessi primari e secondari. In questo modo la platea dei soggetti a rischio di fraintendere a proprio vantaggio i risultati non si limita solo a sperimentatori e sponsor industriali ma includerebbe anche i politici, gli istituti di ricerca, le università, i finanziatori senza scopi di lucro, le associazioni dei pazienti, le riviste scientifiche e i giornalisti. Tutti questi interessi dovrebbero essere tenuti in debito conto cercando di stabilire come si mescolano e come si pongono gli uni in rapporto con gli altri.

Un'altra idea rilevante riguarda l'erronea ed eccessiva enfasi riservata solo ai possibili ritorni finanziari. Una prospettiva certamente allettante che non esaurisce però l'elenco dei fattori che possono influenzare il comportamento umano. «Nel mondo accademico – secondo gli studiosi – la prospettiva della fama può essere ancora più seducente della ricchezza. Pertanto, il risultato di uno studio può avere un effetto sulla pubblicazione in una rivista di grande impatto, su inviti a parlare in occasione di conferenze, su una promozione [...]».

Un'istanza ulteriore riguarda la proposta di escludere gli inventori di potenziali nuove terapie dal ruolo di investigatore clinico nel corso dello sviluppo di un farmaco, dal momento che in questo caso il potenziale pregiudizio è sostanziale, visto l'attaccamento emotivo dell'inventore al suo progetto. A tale proposito va ricordato tuttavia come l'interfaccia tra industria e università si sia evoluta, con l'esternalizzazione della ricerca da parte di Big Pharma e l'emergere prepotente di nuove imprese na-



Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale


Dir. Resp.: Roberto Napolitano

te come spin-off di progetti accademici.

La recente legislazione americana (Bayh-Doyle Act) consente che i diritti di brevetto della ricerca finanziata dal governo possano essere sfruttati dagli investigatori e dalle loro istituzioni, autorizzando quindi gli inventori a perseguire la commercializzazione delle loro scoperte in modo individuale. Ciò ha favorito i partenariati pubblico-privati per lo sviluppo delle nuove terapie. Si tratta di collaborazioni tra soggetti caratterizzati da interessi che possono anche divergere parecchio, dal momento che società quotate in borsa sono responsabili, in primo luogo, nei confronti dei propri azionisti.

L'ultimo e più importante spunto di riflessione suggerito da Cappola e Fitzgerald è sul valore dell'educazione al comportamento etico in ambito scientifico. Le istituzioni accademiche dovrebbero inculcare, promuovere e premiare l'onestà intellettuale e celebrare con premi e riconoscimenti gli esempi di coraggio morale nella ricerca scientifica.

Lo spostamento dal conflitto alla confluenza di interesse sottolinea la complessità della "questione morale" in ambito scientifico e accademico, evidenziando l'importanza di avvicinarsi a questo fenomeno come si farebbe con lo studio di un ecosistema complesso. Attraverso un approccio uniforme e olistico si possono trovare soluzioni efficaci sia per la collettività sia per i singoli agenti di un sistema in continuo divenire cercando di evitare situazioni che travalicando gli imbarazzi personali mettono a repentaglio la fiducia nell'intero sistema regolatorio.

 @Luca_Pani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Cappola AR, FitzGerald GA, Confluence,
Not Conflict of Interest: Name Change
Necessary, JAMA, 2015; 314 (17): 1791-1792**

«So cos'è la malattia Adesso mi batterò per cure più eque»

Melazzini, affetto da Sla: così guiderò l'Aifa

La sfida

A un certo punto ho smesso di guardare i miei limiti e mi sono chiesto cosa potevo fare

MILANO Il primo ingresso da presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) nello storico palazzo di via del Tritone a Roma, Mario Melazzini l'ha fatto pochi giorni fa con un obiettivo preciso: capire quali problemi potrebbe avere con la sua sedia a rotelle. Il nuovo uomo del farmaco in Italia, nominato dal [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) dopo le dimissioni di Sergio Pecorelli per le accuse di conflitto di interesse, è un medico di 57 anni con la sclerosi laterale amiotrofica. I malati di Sla sono spesso in condizioni disperate: tracheotomizzati, muti, paralizzati e nutriti con un sondino. L'aspettativa media di vita non supera i tre anni. Melazzini, a quasi 14 anni da quel 17 febbraio 2002 quando il piede sinistro non è riuscito ad agganciare il pedale della bicicletta per i 40 chilometri di corsa quotidiana, ha accettato l'ennesima sfida: mettersi al timone di un mercato che muove 30 miliardi di euro e che decide con quali medicine dobbiamo curarci. La sua scommessa ora è di riuscire a fare arrivare a tutti anche i farmaci più costosi e innovativi, spesso considerati insostenibili economicamente per ampie platee di pazienti, come quelli per l'Epatite C: «So che cosa vuole dire essere malati — dice al *Corriere* —. Sponderò

tutto me stesso per l'equità delle cure, una battaglia peraltro già iniziata dall'attuale direttore generale di Aifa Luca Pani».

Non è un superuomo, Melazzini. Il Libro di Giobbe sempre sul comodino (la vita del personaggio biblico è provata da un dolore inspiegabile), il suicidio assistito già prenotato nell'estate del 2003 in una clinica svizzera (dove non si è mai presentato), il bisogno costante di badanti che lo lavino, lo preparino per la notte, gli somministrino le medicine e lo attacchino al ventilatore e alla pompa per nutrirsi, il medico conosce il senso del limite: «A un certo punto ho cominciato a non guardare più indietro — racconta Melazzini nell'ultimo libro, *Lo Sguardo e la Speranza* —. Ma a chiedermi che cosa, anche nelle condizioni in cui ero, avrei potuto fare». Il suo futuro, dopo l'incarico da assessore alla Ricerca della Lombardia che lascerà per l'Aifa, è il mercato dei farmaci: l'Agenzia si occupa dell'immissione in commercio dei medicinali, controlla la loro sicurezza e regola la spesa farmaceutica. «Con il costo dei farmaci crescente, siamo davanti a una sfida culturale epocale — osserva —. Bisogna promuovere anche negli ospedali l'utilizzo dei medicinali generici e biosimilari (che si possono mettere sul mercato dopo che è scaduto il brevetto di quelli di marca, ndr). In questo modo, con i soldi risparmiati si potranno avere le risorse da investire per cure

come quella dell'Epatite C. Oggi, proprio per motivi finanziari, i pazienti che possono essere curati da questa malattia, e non solo, sono i più gravi. Un domani dovranno esserlo tutti. Stesso principio vale per le malattie rare».

Nel giugno 2013 Melazzini è stato portato in Tribunale da altri malati di Sla, riuniti nel *Comitato 16 novembre*. L'hanno accusato di speculare sulla malattia: «Chiunque migliori come è successo a lui — è stata la denuncia — a detta di qualunque luminare non ha contratto la Sla». È la vicenda, smontata nelle aule del Tribunale dov'è stata confermata la diagnosi, che più di ogni altra ha addolorato il medico, tornato a gesticolare con la mano destra. Ma Melazzini è abituato a non sottrarsi alle polemiche. Da assessore lombardo alla Sanità, nel 2012, ha affrontato uno dei temi etici più delicati: in quali casi è corretto somministrare farmaci anche a malati terminali e in quali invece è giusto fermarsi. «Non vuole dire non offrire le cure — spiega —. Ma bilanciare bene l'efficacia della terapia e la qualità della vita con i costi». E adesso Melazzini assicura che affronterà di nuovo la spinosa questione da presidente Aifa. «Sono abituato a far parlare i fatti», sottolinea prima di bere il suo classico cappuccino bollente: «Dev'essere caldissimo per aggringerci un addensante, altrimenti soffocherei».

Simona Ravizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Ezio Mauro

**Sos sanità
mancano
6 mila
tra medici
e infermieri**Patrizia Capua
a pagina 29

Sos sanità, mancano almeno 5-6 mila tra mediche e infermieri

IL DEFICIT DI PERSONALE DERIVA DALL'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA EUROPEA SUGLI ORARI DI LAVORO. MA LA SITUAZIONE DEI CAMICCI BIANCHI È INGARBUGLIATA DA ALTRI FATTORI: NUMERO PROGRAMMATO, MANCANZA DI SPECIALIZZAZIONI, GIOVANI SENZA POSTO FISSO

Patrizia Capua

Roma

Una tenaglia rischia di soffocare la sanità italiana con camici bianchi stretti tra obblighi di legge e emergenza continua a causa del peso di perentorie direttive europee (con minacce di sanzioni) sull'orario di lavoro, con il tetto dei turni di 12 ore per i medici ospedalieri, e organici come gruviere. Intanto il governo con la legge di stabilità tratta l'assunzione di almeno 5-6 mila tra medici e infermieri.

Carlo Palermo, vice segretario nazionale vicario di Anaa Assomed, il più grande sindacato del settore, conferma: «I medici ospedalieri in Italia attualmente sono 110 mila, mentre per il sistema normativo europeo, ce ne vogliono almeno altri 6 mila. Per fare nuove assunzioni dovrebbe saltare il blocco del turnover, ma il quadro non è chiaro. Le nuove spese si fanno dipendere da eventuali risparmi». E Palermo sottolinea un altro nodo: «Tra il 2016 e il 2017 andranno in pensione i medici nati dal 1952 al 1955, si calcola 6-7 mila professionisti per anno. Nel prossimo triennio avremo 20 mila medici in uscita, che dovranno essere sostituiti».

Mentre s'incastra il puzzle dei finanziamenti, i servizi sanitari scoppiano di superlavoro e si annunciano richieste di deroghe. Luigi Conte, segretario del Fnomceo, l'Ordine delle professioni sanitarie, è preoccupato: «Si stanno come al solito cercando soluzioni di ripiego per

fronteggiare l'emergenza, come ad esempio far svolgere attività non propriamente cliniche al di fuori dell'orario di lavoro, o coinvolgendo gli specializzandi, che non possono comunque superare le 48 ore settimanali. Insomma, ognuno cerca di arrabattarsi come può».

Ed è paradossale, denuncia Bruno Schiavo, del direttivo nazionale Anaa e medico del San Camillo di Roma, che «la politica dei tagli non abbia portato un euro di risparmio; noi lo urliamo dal 2010: i nostri ospedali hanno oggi costi annui uguali a quelli degli ultimi dieci anni, però assistono meno persone. Se si vuole mettere in equilibrio questa situazione, vanno fatte altre assunzioni».

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha avviato due mesi fa la programmazione del personale sanitario per il 2016, con la richiesta alle Regioni di definire ciascuna il proprio fabbisogno. I dati sono attesi tra la fine di gennaio e metà febbraio. Si avvierà poi il confronto tra Regioni, Ordini e Federazioni per arrivare al 30 aprile all'accordo Stato-Regioni. In base a ciò, si aprirà un tavolo tecnico presso il Miur per programmare gli accessi ai corsi di laurea, tenendo conto anche dell'offerta formativa degli atenei.

Accesso alla facoltà di Medicina e bandi per le scuole di specializzazione, sembrano terreni minati. «Accanto alla paura della cosiddetta 'gobba pensionistica', cioè l'abbandono di un numero consistente di medici, c'è la presenza di una pletera di medici che ci portiamo dietro da quando non vigeva la regola del numero chiuso», dice Ezio Casale che sta lavorando per la Fnomceo, nella commissione di cui è capofila il ministero della Salute, a costruire un modello europeo che calcoli il fabbisogno delle cinque professioni sanitarie: medici, odontoiatri, farmacisti, infermieri e ostetriche. Non è solo questione di laurea. «Per accedere alla sanità pubblica - puntualizza

za Casale - i medici devono avere una specializzazione. Ed è quasi impensabile che oggi un neo laureato, non specializzato, possa iniziare un lavoro da libero professionista perché dovrebbe affrontare costi altissimi, a cominciare dall'assicurazione. Molti, perciò, rimangono in questo imbuto formativo e quelli che non riescono a entrare nelle scuole di specializzazione, emigrano».

Negli ultimi quattro anni sono andati all'estero a fare i medici 1500 laureati per ogni anno, cervelli in fuga di cui si avvantaggiano altri paesi. Il costo della formazione di uno studente è calcolato sui 300 mila euro. In Inghilterra, per esempio, hanno smesso di investire nella formazione dei loro giovani, perché prendono professionisti già formati altrove e li pagano anche molto meglio che da noi.

Accade sempre più spesso, però, che anche i medici che hanno finito il percorso di formazione post laurea, non riescono a inserirsi a causa della forte contrazione dei posti di lavoro legata alla crisi economica di questi anni. «Questi medici disoccupati - spiega Casale - nel nostro modello li abbiamo chiamati 'professionalmente non attivi ma attivabili', perché potrebbero essere recuperati nel momento in cui si libereranno dei posti».

Il rapporto corretto medico-abitante è di uno ogni 4-500 abitanti, in Italia c'è n'è uno ogni 156 abitanti. Una contraddizione tutta italiana:



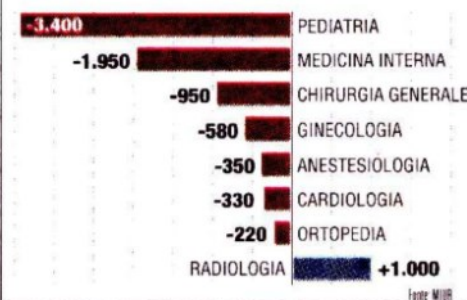
medici ospedalieri largamente insufficienti e eccesso di non specializzati, con un dato nazionale tre volte superiore allo standard ottimale. «Sono troppi - assicura Conte - e quindi lievita il precariato. Abbiamo una quantità enorme di colleghi che ha rapporti di lavoro atipici, gente mantenuta a gettone, che da vent'anni continua ad avere il rinnovo di incarichi di tre mesi in tre mesi». L'argine continua ad essere il numero chiuso. «O per meglio dire, programmato: tendiamo a ridurre ancora il numero degli accessi, tra i 7.500 e gli 8mila, per equiparare la pattuglia di futuri laureati ai posti disponibili».

Conte disegna uno scenario possibile. «Ci sono più fattori da considerare: la popolazione aumenterà ma non di molto, ci saranno patologie sempre più croniche e invalidanti, ma anche più progresso tecnologico che porterà la telemedicina, la tele radiologia, la chirurgia robotica. Avremo forse bisogno di meno medici, ma con specializzazioni più hi-tech».

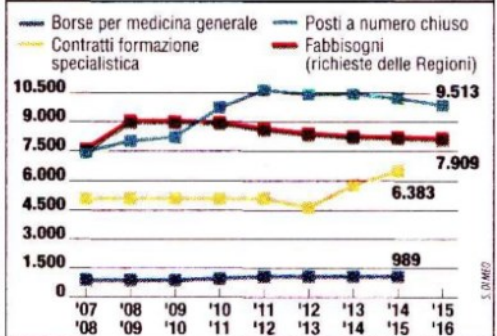
© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DEFICIT DI SPECIALISTI

Rapporto tra fabbisogno e disponibilità



MEDICI, L'ACCESSO ALLA PROFESSIONE



A sinistra, un confronto tra le borse di studio, posti a numero chiuso, contratti specialistici, richieste delle regioni

[[I PROTAGONISTI]]



Luigi Conte (1), **Bruno Schiavo** (2), **Enzo Casale** (3) della Commissione Fnomceo

Dir. Resp.: Ezio Mauro

LA MEDICINA

Svolta in sala parto
le neo mamme
vanno a casa
già dopo sei ore

Il progetto pilota
avviato in Toscana

CRISTIANA SALVAGNI A PAGINA 21

Svolta in sala parto “Mamme a casa sei ore dopo la nascita”

Esperimento a Firenze: richiesto un quadro clinico perfetto “Si liberano posti letto e si avvicina il neonato alla famiglia”

“Ostetrica a domicilio
24 ore dopo. Per un caso
su cinque potrebbe essere
la procedura ordinaria”

CRISTIANA SALVAGNI

ROMA. Dal parto al ritorno a casa passano appena sei ore. Se mamma e bambino sono in buona salute, possono avvalersi della “dimissione precoce”, un progetto sperimentale avviato da tre mesi all'ospedale Torregalli di Firenze che consente di rientrare in famiglia subito dopo la nascita. Evitando medicalizzazioni superflue e liberando in ospedale preziosi posti letto.

Anche le donne italiane possono fare come Kate Middleton dopo l'arrivo della secondogenita Charlotte: la royal baby è venuta alla luce in mattinata, il 2 maggio scorso, e nel pomeriggio madre e figlia erano già in posa davanti ai fotografi, pronte a far rientro a Kensington Palace. Allo stesso modo con la dimissione veloce puerpera e neonato possono lasciare la corsia tra le sei e le ventiquattro ore dopo il parto naturale, invece dei due o tre giorni canonici.

Secondo le stime del Torregalli almeno un bambino su cinque potrebbe andare a casa subito. E poiché questo progetto pilota alle neo mamme piace molto, nei prossimi

mesi potrebbe essere esteso a altri tre punti nascita della città (Annunziata, Borgo San Lorenzo e Carreggi), mentre sono diversi gli ospedali in tutta Italia che hanno richiesto informazioni sulla procedura messa a punto per studiarla e, eventualmente, adottarla.

Non tutte però possono usufruirne. I requisiti per il via libera in piena sicurezza sono rigidi: puerpera e neonato devono essere in ottime condizioni di salute, la donna deve essere almeno al secondo figlio (per scongiurare difficoltà nell'allattamento e nell'accudimento) e aver avuto una gravidanza giunta al termine fra le 37 e le 42 settimane. E naturalmente un travaglio, un parto e un post partum fisiologici, senza alcuna complicanza. Una volta lasciato l'ospedale mamme e figli non sono abbandonati a loro stessi: il giorno dopo va un'ostetrica a domicilio per visitare entrambi, due giorni dopo tornano in ospedale per gli screening obbligatori.

«Finora abbiamo avuto una buona risposta e tutto è filato liscio, con allattamenti esclusivi al seno ben avviati e mamme felici dell'esperienza» spiega Marco Pezzati, direttore del dipartimento materno infantile dell'azienda sanitaria di Firenze. «Le richieste sono state molte, ma quelle soddisfatte poco più di una decina perché i requisiti molto restrittivi sono un bell'imbutto. Prima di allentarli vogliamo renderci conto se la procedura av-

viata regge bene. Rientra tutto in un percorso di umanizzazione della nascita: nelle situazioni in cui va tutto bene, sia la salute che la gestione del piccolo, non si vede perché non facilitare il ritorno a casa».

La formula funziona meglio nei centri non troppo grandi e con una buona rete di assistenza territoriale. Già dieci anni fa la regione Piemonte aveva commissionato uno studio sulla fattibilità della dimissione velocissima su larga scala, ma il progetto non venne mai attuato proprio per la difficoltà di assistere madri e figli a domicilio.

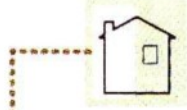
«Il limite nelle grandi città è l'organizzazione» conferma Carlo Piscicelli, primario di ostetricia e ginecologia al Cristo Re di Roma, un ospedale con una lunga tradizione di attenzione alla naturalità della nascita. «A volte tenere in ospedale per controlli di routine è inutile, ma organizzare un team che possa farli a domicilio è complicato, noi non ci siamo mai riusciti».

www.datastampa.it

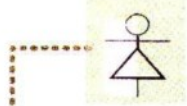


Come funziona

6-24 ore dopo
 se mamma e bambino stanno bene possono ritornare in famiglia



Il giorno dopo: **visita a domicilio** di una ostetrica



Entro 2-4 giorni: controlli ostetrico e neonatologico e screening obbligatori in ospedale

Entro 7 giorni: visite presso il consultorio di zona

Ostetrica e pediatra sono reperibili h24

I requisiti

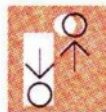
La donna deve essere almeno al **secondo figlio**



- Gravidanza, travaglio, parto e post partum fisiologici, **senza problemi**
- Disponibilità della famiglia al **rientro anticipato**

I vantaggi

Favorisce l'**attaccamento** mamma-bambino



- Migliora l'**inserimento** in famiglia
- Aumenta la **disponibilità** di posti letto in ospedale



LE "DIMISSIONI VELOCI"

Un progetto sulla dimissione precoce era già stato messo in campo dieci anni fa dalla regione Piemonte, ma non se ne fece nulla per la mancanza di una rete territoriale

L'ASSISTENZA

Per mandare a casa subito madre e figlio in sicurezza c'è bisogno della disponibilità di ostetriche e pediatri sul territorio che possano visitare anche a domicilio



IL PROGETTO

Il progetto pilota è in corso al Torregalli (nella foto): presto potrebbe essere esteso a altri tre punti nascita della città. Vari ospedali da tutta Italia hanno chiesto informazioni

I nati in Italia

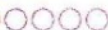
502.596
 i bambini nati nel 2014
-12.000
 sul 2013



1,37
 in media i figli per donna



31,5 anni
 l'età media della mamma al parto



1 neonato su **5**

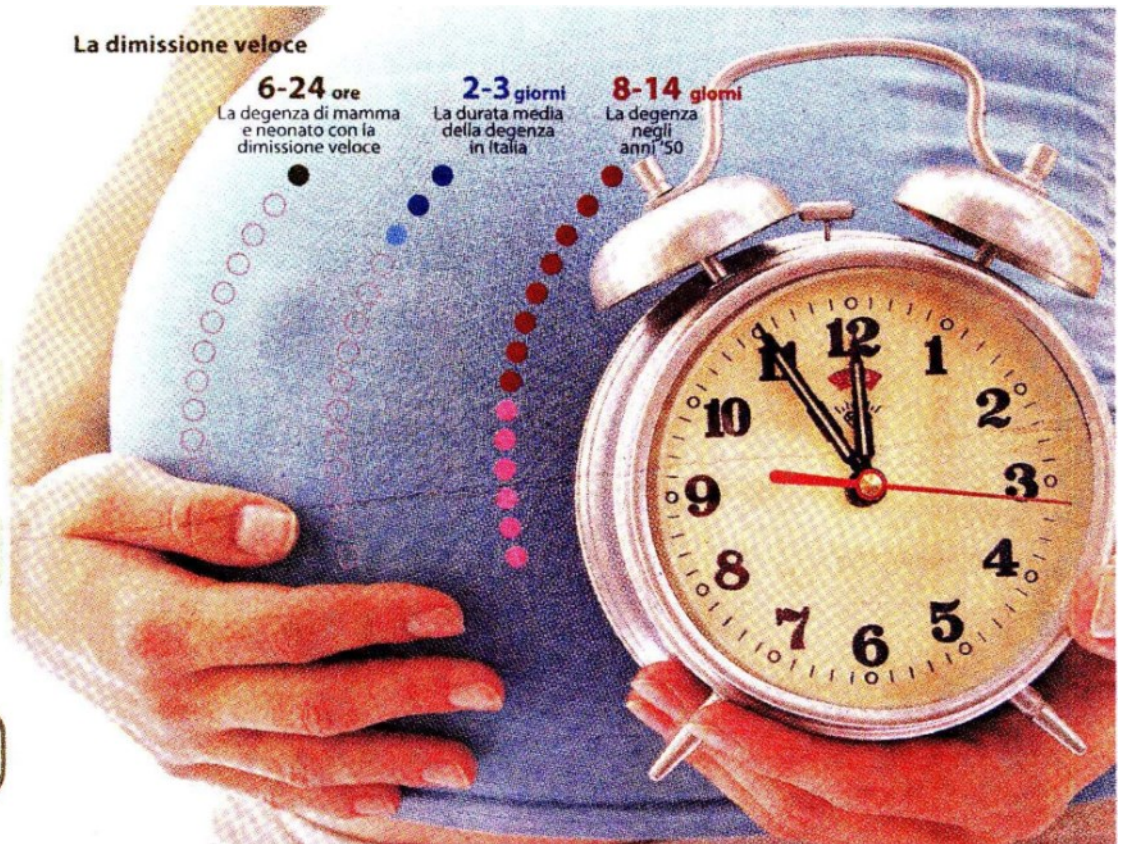
secondo le stime potrebbe andare a casa subito dopo il parto

La dimissione veloce

6-24 ore
 La degenza di mamma e neonato con la dimissione veloce

2-3 giorni
 La durata media della degenza in Italia

8-14 giorni
 La degenza negli anni '50



Lo studio

Poca assistenza per i piccoli e gestione difficile del lavoro

Le madri italiane tra le meno felici in Europa

I padri

I papà europei, dice l'indagine, sono sempre più soddisfatti rispetto ai non padri

Insieme

La scelta di rinunciare alla maternità è legata anche all'asimmetria nei ruoli uomo-donna

C'è una relazione importante tra sviluppo, avere figli e felicità. Le donne vorrebbero poter conciliare il lavoro con la famiglia

I padri sono significativamente più felici dei non padri. Vale in tutti i Paesi della nostra Europa, qualunque sia la latitudine o il prodotto interno lordo. Lo stesso ragionamento non vale per le madri. Le donne con figli sono più felici di quelle che non li hanno soltanto nei Paesi più sviluppati, quelli nei quali c'è una maggiore partecipazione femminile alla vita politica e dove le politiche a sostegno della conciliazione tra casa e lavoro ci sono e funzionano.

L'analisi è uno dei risultati, non ancora definitivi visto che lo studio è in corso e andrà avanti per altri due anni, del progetto su «Benessere e fecondità» (*Swellfer*). La ricerca è finanziata con più di un milione di euro dal Consiglio europeo della ricerca ed è coordinata dalla professoressa Letizia Mencarini, che se ne è occupata nel Collegio Carlo

Alberto di Torino fino a dicembre e da quest'anno lo farà nel Centro Dondena della Bocconi di Milano.

Le madri italiane sono più infelici delle madri islandesi, danesi, finlandesi, norvegesi, svedesi. E questo, forse, ce lo aspettavamo. Non ci aspettavamo che lo fossero anche rispetto alle francesi, alle spagnole, alle svizzere, alle polacche, alle estoni, alle belghe, alle tedesche e alle olandesi. La paternità, in media, sembra migliorare la felicità degli uomini, non importa dove vivano in Europa e non conta neppure il livello relativo di sviluppo sociale. «Per le donne, invece, il rapporto tra felicità e la genitorialità è meno semplice», spiega Mencarini.

Lo scenario conferma l'importanza di mettere in atto le tre mosse suggerite ieri sul *Corriere* dal demografo Massimo Livi Bacci per invertire la tendenza sulla natalità, e in particolare la terza: investire sui giovani, dare più lavoro alle donne e ridurre l'asimmetria nei ruoli uomo-donna. «Minore asimmetria — ha detto — significa minore "costo" di allevamento dei figli per le madri, con possibili effetti sulle scelte riproduttive, così come avviene in conseguenza delle buone politiche di conciliazione casa-lavoro».

Mencarini caldeggia questa misura, come ha scritto nel libro Istat *Uso del tempo e ruoli*

di genere 2012, curato con Maria Clelia Romano e Maria Letizia Tantarri, e la mette anche in pratica. Racconta: «Ho sposato un norvegese e siamo completamente intercambiabili, per lui è un fatto culturale. I nostri due figli sono abituati al fatto che qualche volta c'è solo il papà e qualche altra solo la mamma. Dal primo giorno della loro nascita, ce ne siamo occupati entrambi al 50 per cento, talvolta lui di più».

Rispetto al confronto sulla felicità con il resto d'Europa aggiunge: «C'è una relazione importante tra sviluppo, avere figli e felicità, ma la relazione è diversa tra uomini e donne. Per le donne, sembra che il rapporto tra gravidanza e felicità dipenda dalle condizioni sociali. Vorrebbero poter conciliare il lavoro con la famiglia, ma questo non è possibile finché non si riesce a esternalizzare le attività di custodia dei bambini, e in secondo luogo, a ripartire in maniera più equa i compiti domestici tra i partner».

Elvira Serra
@elvira_serra
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Letizia Mencarini coordina un progetto su «Benessere e fecondità» finanziato dall'European Research Council

