



RASSEGNA STAMPA

31/03/2016

1. ECO DI BERGAMO " A ogni sigaretta tassa di 1 centesimo per curare i tumori"
2. CORRIERE.IT Convivere con il tumore senza eliminarlo: ecco la terapia adattabile
3. GIORNALE Quando la chemio non causa disturbi e i capelli rimangono
4. TEMPI Nuove modalità per diagnosticare il tumore alla prostata
5. STAMPA Sanità pubblica, i conti non tengono Mancano dieci miliardi di euro
6. STAMPA Int. a Federico Spandonaro - "Bisogna passare a un sistema misto"
7. QUOTIDIANO SANITÀ Patto Salute. Ecco le proposte dei sindacati
8. SANITA24.ILSOLE24ORE.COM Nuovo Piano vaccini in grave ritardo: igienisti, pediatri e Mmg chiedono incontro urgente a Lorenzin
9. TEMPO Quando l'abitudine allunga la vita
10. GIORNALE Troppo caldo o troppo freddo Quanti rischi per gli anziani
11. GIORNALE La dieta vegetariana? È scritta nei nostri geni Lo rivela una ricerca
12. AVVENIRE Con il «batterio artificiale» viaggio al centro della vita
13. ILMESSAGGERO.IT Tra 20 anni il sesso sarà superfluo: «I bambini si concepiranno in laboratorio»
14. AVVENIRE Gli embrioni «difettosi»? Si auto-riparano
15. REPUBBLICA Disabili, l'abbraccio del Colle "Sono cittadini, non invisibili"

«A ogni sigaretta tassa di 1 centesimo per curare i tumori»

La proposta. Oncologi in campo: la spesa per i farmaci è sempre più elevata. «Si rischia l'insostenibilità»

CARMEN TANCREDI

— Farmaci innovativi, che stanno dando importantissimi risultati nella cura dei tumori; altri, come quelli contro l'epatite C, che segnano una svolta nelle cure per una patologia che fino a qualche anno fa sembrava condannare alla morte e che ora, con preparati di ultima generazione, sparisce. Farmaci che costano parecchio, e che stanno mettendo in discussione l'equilibrio, già precario, in questi ultimi anni di spending review, dei bilanci delle strutture ospedaliere. Un equilibrio così precario che, dicono gli esperti, a breve si porrà anche un problema etico, semplificabile in un interrogativo devastante, se visto dalla parte dei cittadini: con risorse risicate e non amplificabili su quali cure (e quindi pazienti) investire?

Per comprendere di quale portata si annunci il dilemma, bastano alcune cifre: a Bergamo, l'ospedale Papa Giovanni XXIII (che la Regione ha individuato come uno dei pochissimi centri per l'erogazione dei farmaci innovativi contro il melanoma, e che cura centinaia di malati di epatite C con i preparati di ultima generazione) nel 2015 ha speso per tutta la farmacia ospedaliera oltre 101 milioni di euro, dei quali 11 sono per la spesa interna (ovvero per i ricoverati), gli altri 90 milioni sono per la farmacia esterna, ovvero per quei farmaci rimborsabili dal servizio sanitario nazionale ma non erogabili al di fuori da una struttura ospedaliera (dalle patologie neurologiche degenerative all'oncologia, per esempio). Di questi, 35,5 milioni sono stati spesi per i farmaci contro l'epati-

te C, per curare 600 pazienti, 21 milioni invece sono stati spesi per la farmacia oncologica, in particolare per i «farmaci ad alto costo», che stanno rivoluzionando le terapie. Un ulteriore dettaglio: la spesa totale, del Papa Giovanni, è lievitata, visto che l'anno precedente era stata di 68 milioni di euro, ed è evidente che l'impennata è data proprio dai farmaci di nuova generazione.

Problema comune in tutta Italia: per lottare con armi sofisticate contro il tumore, servono sempre più fondi. Ed ecco quindi la proposta dell'Associazione italiana oncologi medici (Aiom): destinare un centesimo a sigaretta dalle accise sulla vendita dei pacchetti per creare un tesoretto con cui curare i malati di tumore. «Non vuole essere una provocazione, ci sono già stati incontri di valutazione sia con l'Aifa sia a livello ministeriale - spiega Giordano Beretta, segretario nazionale Aiom e direttore dell'Oncologia all'Humanitas Gavazzeni di Bergamo - . Si potrebbe così creare un fondo speciale per svincolare la spesa oncologica ad alto costo. Dalle accise sul tabacco arrivano allo Stato 11 miliardi di euro, si calcola che almeno 720 milioni di euro l'anno di queste accise potrebbero già dare respiro alle casse ospedaliere. Si sta ora cercando di capire come mantenere l'equilibrio di entrate derivanti dalle accise, e come utilizzarne parte per un fondo oncologico: comunque, come Aiom, visto che il nostro obiettivo è anche quello di far smettere di fumare, non vedremmo male l'idea di una accise ad hoc, proprio per finanziare la spesa per i nuovi farmaci. Che hanno una

portata innovativa: nella cura del melanoma, dei tumori polmonari, ma sono costosissimi. È un problema che sta emergendo in altri Paesi, come l'America e l'Inghilterra: il costo annuo di un ciclo di terapie per paziente può superare i 100 mila euro, e i prossimi farmaci potrebbero arrivare anche a costi fino a 1 milione di euro l'anno su paziente. In Italia, per il momento, il sistema sta reggendo, ma gli scricchiolii ci sono: se, per esempio, come si fa alle Gavazzeni, si aderisce a protocolli condivisi di cura e ricerca clinica per farmaci non ancora commercializzati e rimborsabili, ma offerti dalle case farmaceutiche risparmiando così sui costi, è evidente che non può essere solo questa la soluzione. Il problema dei fondi c'è: il rischio è che si inneschino meccanismi di selezione, davanti a una insostenibilità di spesa consolidata».

Un rischio che non nasconde anche Roberto Labianca, già direttore del Cancer center al Papa Giovanni di Bergamo e oggi direttore del Dipo, Dipartimento interaziendale della provincia di Bergamo: «Per alcune forme tumorali si vive una rivoluzione, con la cosiddetta immunoterapia: nel melanoma, per esempio, assistiamo a risultati inimmaginabili, con pazienti



metastatici che addirittura vediamo andare in remissione. Così per alcune forme tumorali del polmone, e ultimamente si stanno valutando applicazioni anche per il tumore alla mammella e all'apparato digerente. Così mentre la spesa farmaceutica oncologica è in costante aumento, in realtà la soluzione alla sostenibilità economica non è stata ancora trovata. E il problema è mondiale. In Inghilterra, per esempio, si è arrivati alla creazione di un fondo che permette la rimborsabilità di questi farmaci solo in modo molto restrittivo, dove tutto si basa sulla valutazione costo/beneficio. Diver-

samente, il paziente o li paga da sé o si rivolge a charity private. A tutt'oggi in Italia il Servizio sanitario nazionale sta reggendo all'impatto. A Bergamo si punta in modo molto chiaro sull'appropriatezza dell'utilizzo del farmaco, e finora si è arrivati a coprire i bisogni dei pazienti. Il Papa Giovanni partecipa a diversi studi clinici sul melanoma, cosa che concede di avere accesso gratuito a preparati non ancora commercializzati, e in alcuni casi, delineati sul profilo clinico del singolo paziente, si accede all'uso compassionevole di alcuni farmaci non rimborsabili ma concessi dalle case produttrici.

Ma sono gocce nel mare, se si guarda alla spesa nazionale. Intanto, in Lombardia, per esempio, con la Rol, Rete oncologica lombarda (*Labianca è nel comitato esecutivo ndr*) si sta cercando di facilitare il flusso dei pazienti tra i vari ospedali, orientandoli, tra le strutture, verso quelle che hanno la disponibilità di farmaci più confacenti al loro quadro clinico. Una rete che sta dando risultati, ma le necessità future sono ben altre. E il problema andrà affrontato: più prima che poi».

carmentancredi@eco.bg.it

Bergamo, spesi 35,5 milioni per contrastare l'epatite C

In un anno, solo all'ospedale di Bergamo, sono stati spesi 35,5 milioni per i farmaci contro l'epatite C, per curare 600 pazienti



Giordano Beretta



Roberto Labianca

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

Convivere con il tumore senza eliminarlo: ecco la terapia adattabile

Testata con successo su cavie con cancro al seno: «inseguire e assecondare» i cambiamenti all'interno del microambiente cellulare con chemioterapia a basse dosi prolungate nel tempo per tenere la malattia sotto controllo



Possiamo imparare a convivere col tumore invece di eradicarlo? A proporre un nuovo approccio nella cura del cancro è uno studio americano recentemente pubblicato da scienziati dell'Università di Boston sulla rivista [Science Translational Medicine](#), in cui si avanza l'ipotesi secondo la quale potrebbe essere più efficace sottoporre i malati a sedute di chemioterapia a basse dosi prolungate nel tempo, per tenere la malattia sotto controllo, piuttosto che somministrare trattamenti intensivi con l'intento di eliminare completamente le cellule cancerose. «Negli ultimi 60 anni l'uccisione di ogni cellula malata è stata l'obiettivo delle terapie oncologiche e, a tal fine, i malati sono stati curati (ogni volta possibile) con chirurgia radicale e i massimi livelli tollerabili di chemio e radioterapia - scrivono gli autori -. Quando si riesce a raggiungere questo traguardo si può parlare di guarigione, ma in molti casi ancora non è possibile "sgombrare completamente il campo" dalle cellule cancerose. Quindi, a fronte delle più recenti scoperte sul micro-ambiente tumorale, man mano che impariamo a capire come la malattia progredisce e i modi che trova per resistere alle terapie, abbiamo pensato che il modello dell' eradicazione completa potesse essere errato e che servisse una strategia "adattabile"».

Lo studio su cavie con cancro al seno

Per ora i ricercatori, guidati da Giannoula L. Klement della Tufts University School of Medicine di Boston, hanno condotto test utilizzando un chemioterapico molto diffuso (paclitaxel) su cavie di

laboratorio affette da due tipi di versi di carcinoma mammario. Il trattamento standard, molto aggressivo, è riuscito a diminuire le dimensioni della neoplasia, che è però poi ricresciuta una volta terminato il ciclo di cure. Invece, la “strategia di adattamento” (anche detta adattiva o adattabile), che consiste in un’iniziale elevato dosaggio di farmaco poi seguito da quantità progressivamente minori, si è rivelata più efficace nel tenere sotto controllo la crescita del tumore: tra il 60 e l’80 per cento dei topi sono infatti stati gradualmente svincolati dalla chemioterapia (arrivando a un intervallo tra una somministrazione e l’altra anche di alcune settimane) senza avere ricadute per un periodo di tempo molto lungo. «In molti pazienti oncologici - commenta l’autrice della sperimentazione - non si riescono a uccidere tutte le cellule cancerose, nonostante cure intensive che comportano anche pesanti effetti collaterali. Spesso accade che i chemioterapici eliminino le cellule malate che sono sensibili a quel medicinale, ma lascino intatte altre cellule cancerose che continuano a proliferare. E intanto, con dosaggi elevati, si danneggiano pesantemente anche altre parti sane dell’organismo. Questa nuova strategia, invece, viene elaborata gradualmente sulla base della risposta che si ottiene ai primi trattamenti: piuttosto che cercare di ridurre completamente la massa tumorale puntiamo a stabilizzarla».

«Assecondare» i cambiamenti nel microambiente

Già oggi alcuni schemi di terapia, spesso utilizzati nei pazienti con tumore avanzato, si basano sulla somministrazione meno intensa ma più frequente di farmaco. Non si ottiene una importante riduzione della massa neoplastica, ma un suo più prolungato controllo. «Le cellule tumorali vivono in un sistema altamente dinamico e le terapie attualmente somministrate si basano su un modello tipicamente lineare basato sulla “massima dose tollerata” - commenta Francesco Cognetti, direttore del Dipartimento di Oncologia Medica 1 all’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma -. La risposta al trattamento è spesso transitoria e le terapie frequentemente falliscono a causa delle cellule cancerose resistenti che riescono a trovare il modo di sopravvivere e crescere in un microambiente altamente eterogeneo. L’approccio della terapia adattabile, si basa proprio su questa eterogeneità: punta a “inseguire” e “assecondare” i cambiamenti all’interno del microambiente cellulare che è determinante anche nel modulare la risposta immunitaria del paziente verso il tumore. Alcune simulazioni matematiche avevano già dimostrato che ciò potrebbe portare a un aumento della sopravvivenza dei malati. Anche gli esiti di quest’ultima ricerca suggeriscono che il dosaggio decrescente della strategia adattiva possa contribuire al controllo tumorale grazie alla normalizzazione vascolare indotta dalla stabilizzazione della massa cancerosa».

Calibrare gradualmente i farmaci per controllare il tumore

In pratica, un precedente modello matematico aveva evidenziato che le cellule tumorali resistenti in tumori non trattati sono in numero considerevolmente inferiore rispetto a quelle più sensibili e “vivaci” perché sono meno forti di queste ultime. «Se si somministra una chemioterapia nel modo usuale, questa sarà in grado di alterare questo rapporto - spiega Cognetti -: le cellule più sensibili ridurranno considerevolmente il loro numero e di conseguenza si ridurrà la massa tumorale, fino a favorire una transitoria normalizzazione del microambiente a favore della crescita delle cellule resistenti. Il modello di terapia adattabile, basandosi su questa teoria, suggerisce di modulare continuamente la somministrazione dei farmaci, per raggiungere solo una piccola parte delle cellule sensibili. L’obiettivo è quello di mantenere un certo numero di cellule sensibili (e quindi la massa tumorale) che possano inibire la crescita di quelle resistenti. La strategia è quindi non quella di “guarire”, ma di “stabilizzare” la malattia nei pazienti con malattia avanzata. Naturalmente questi primi risultati possono essere solo il punto di partenza per l’avvio di studi clinici con ampia casistica di pazienti al fine di confermare o meno i risultati qui ottenuti. Ma è una strategia interessante, perché se è importante la ricerca di nuovi farmaci, per vincere la lotta al cancro è altrettanto rilevante esplorare la possibilità di un diverso utilizzo di farmaci già in uso al fine di ottimizzarne la resa».

IL CENTRO SH DI FALCIANO (SAN MARINO)

Quando la chemio non causa disturbi e i capelli rimangono

Abbattuta del 70% la tossicità, migliorata la qualità della vita dei pazienti oncologici
Come funziona il metodo Lagarde

Gigi Pavesi

■ In giornalismo, una notizia deve dirci il «chi», il «che cosa», il «come», il «dove» e se possibile il «perché». La notizia che stiamo per dare racchiude tutti e cinque questi elementi. Iniziamo dal «dove», dato che da esso discendono precisi elementi che più oltre sveleremo. Dove, allora? In termini fisici rimaniamo nella nostra penisola, pur se da un punto di vista geopolitico ci troviamo all'estero. Il «dove» è infatti Falciano, prime colline della Repubblica di San Marino, sede del Centro SH, Health Service (*info@sh.sm*-tel. 0549909299), un polo medico internazionale e multidisciplinare che opera in regime di *day hospital* e ambulatorio. Il «che cosa» è un metodo anticancro - utilizzabile nelle diverse forme di tumore - messo a punto e applicato con successo da decenni e su migliaia di pazienti dal professor Philippe Lagarde, 74 anni, luminare francese dell'Oncologia di fama mondiale. Il «come» risiede nelle metodiche: pur utilizzando i medesimi chemioterapici dei metodi standard, quello di Lagarde si basa su trattamenti diversi, ciascuno «tagliato su

misura» per ogni singolo paziente anche grazie a esami biologici - sia predittivi sia di verifica - elaborati da centri specializzati a Bruxelles. «Non solo ogni malato è differente da un altro, così come tumore. È quindi il protocollo a doversi adattare al singolo paziente, non viceversa», spiega il clinico francese.

Il suo metodo prevede la somministrazione dei chemioterapici in quantità diverse, in combinazioni inedite tra di loro anche per numero e soprattutto «spalmandoli» sull'arco di cinque giorni anziché in un'unica e massiccia dose urto. A questo aggiunge integratori al 100% naturali, pre e post cura, che vanno a difendere in modo mirato gli organi colpiti dai diversi chemioterapici, proteggendo il singolo paziente nelle sue diverse patologie, anche non oncologiche.

Tutto ciò ha portato ad abbattere del 70% la tossicità dei chemioterapici: i pazienti non hanno così né nausea né vomito; hanno lunghe sopravvivenze; godono di una qualità della vita spesso «normale» anche se metastatici; infine, cosa molto importante soprattutto per le donne, sotto il profilo psicologico, c'è l'impagabile valore aggiunto di non per-

dere i capelli. Il «perché» questo metodo venga applicato soltanto a San Marino, risiede nella possibilità concessa dalla piccola Repubblica - che si conferma anche su questo fronte come terra di libertà - di adottare schemi curativi diversi da quelli standardizzati che devono essere invece seguiti altrove in modo rigido e immutabile.

Il «chi», infine, corrisponde ora a un nome italiano. Perché dal luglio scorso il professor Lagarde, intenzionato a dedicarsi soltanto alla divulgazione scientifica, ha affidato il suo metodo nelle mani di Maria Rosa Di Fazio, affermata oncologa milanese forte di una carriera ultraventennale in diversi ospedali ambrosiani e lombardi. Dopo uno *scouting* durato anni, il clinico francese l'ha scelta come sua «erede» professionale in una rosa di candidati italiani ed esteri. «Al di là della legittima soddisfazione personale per un'opportunità così prestigiosa - spiega la dottoressa - a entusiasmarmi è il poter constatare ogni giorno, oltre ai risultati del metodo, gli alti tassi di sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti. Per un medico, e a maggior ragione per un oncologo, è la ricompensa più bella».



SANITA'

PICCOLA RIVOLUZIONE Nuove modalità per diagnosticare il tumore alla prostata



Il tumore della prostata è la più frequente neoplasia dell'uomo. Raro nei soggetti con meno di 40 anni, la sua incidenza aumenta progressivamente con l'età e nei soggetti con familiarità e nei fumatori. Ad oggi, la diagnosi del tumore della prostata si effettua tramite la biopsia prostatica, una procedura ambulatoriale che si effettua per via rettale o perineale mediante un ago a scatto che preleva una piccola porzione di tessuto. Per migliorare l'attendibilità dell'esame si tende ad aumentare il numero di prelievi, sino agli attuali 18 o persino 24, per realizzare un vero e proprio "mappaggio" della prostata e ovviare all'impossibilità dell'operatore di visualizzare durante la biopsia la ghiandola in tre dimensioni e la differenza tra tessuto sano e tessuto "dubbio". Presso il Polo Urologico degli Istituti di Cura Città di Pavia e Beato Matteo di Vigevano è stata introdotta una nuova modalità diagnostica che sta rivoluzionando la qualità delle biopsie e l'accesso precoce alle cure: «Siamo finalmente in grado – spiega il dottor Paolo Puppo – di fondere in un'unica immagine a disposizione dell'operatore le informazioni che otteniamo dalla risonanza magnetica (che è in grado di identificare la differenza tra tessuto sano e tessuto tumorale) e quelle che otteniamo con un'ecografia tridimensionale. Il risultato è che l'urologo può studiare in anticipo il percorso della biopsia e dirigerla verso i tessuti sospetti evidenziati dalla risonanza». Si ottengono così biopsie più attendibili ed è possibile programmare in casi selezionati una terapia focale mirata al solo tumore e non all'intera ghiandola prostatica. Per info: www.grupposandonato.it

L'ALLARME DELLA CORTE DEI CONTI

Il welfare sanitario non tiene Mancano 10 miliardi di euro

Nei nostri ospedali
un macchinario
su due è obsoleto
E gli italiani spendono
un miliardo l'anno
per i farmaci griffati

Russo e Spini ALLE PAGINE 14 E 15

Sanità pubblica, i conti non tengono Mancano dieci miliardi di euro

Negli ospedali il 50% dei macchinari è obsoleto. E spendiamo 1 miliardo in farmaci griffati

PAOLO RUSSO
ROMA

I nuovi macchinari per la radioterapia che riescono a colpire con precisione chirurgica le cellule tumorali al punto da poter fare a meno del bisturi costano dai 2 ai 6 milioni di euro. Restano un miraggio per gli ospedali d'Italia, dove la metà dei macchinari è obsoleta. Da Oltreoceano stanno sbarcando le superpillole contro Aids, tumori, Alzheimer e altri gravi malattie. Il costo medio è di 100 mila euro a ciclo terapeutico. Troppi per poterli garantire a tutti quelli che ne hanno bisogno. E poi c'è una popolazione che invecchia ma mica tanto bene se, come afferma la relazione sullo stato sanitario del Paese, gli anni di disabilità che ci attendono sono ben 16. Ed anche questi sono costi.

Dopo aver fatto i conti con l'emergenza pensioni, per l'Italia sembra giunto il momento di mettere mano alla questione sanità.

«La selezione è già in atto non solo per i farmaci ma anche nella chirurgia. Nell'efficiente Lombardia abbiamo liste d'attesa di nove mesi perché non ci sono soldi né per i dispositivi chirurgici, né per pagare gli anestesisti» dice Francesco Longo, economista sanitario della Bocconi, che di vie di uscita ne vede una sola: «Portare il livello di finanziamento al livello dei Paesi europei con i quali dovremmo confrontarci». Come la Germania, dove la spesa sanitaria pubbli-

ca è di 2500 euro a cittadino contro i nostri 1800. Di miliardi in più, secondo l'economista, ne occorrerebbero 10.

Di sicuro con una sanità integrativa ferma al palo e un sistema di ticket che esenta oltre la metà della popolazione i 111 miliardi di oggi sembrano non bastare più. Se n'è accorta la Corte dei Conti, che vede nel 2015 un rosso da un miliardo nei conti della sanità, dopo anni di tenuta a suon di addizionali Irpef regionali. E vede rosso anche l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco che indica in un miliardo e 700 milioni lo sfioramento della spesa farmaceutica ospedaliera, quella dove finiscono i medicinali più innovativi e costosi. E se il piatto piange oggi figuriamoci domani quando i superfarmaci saranno molti di più. Bisognerebbe risparmiare sui medicinali più datati, quelli con il brevetto scaduto venduti come generici. Ma sarà la potenza del marketing farmaceutico o la diffidenza degli italiani, da noi il farmaco griffato la fa ancora da padrone. Tant'è che in un anno abbiamo speso di tasca nostra quasi un miliardo di euro per pagare la differenza di prezzo tra il generico e la pillola «di marca», pur di restare fedeli a quest'ultima.

Contraddizioni che ritroviamo anche nel pianeta ospedali, dove si preferiscono spendere soldi per centinaia di reparti con più medici che pazienti,

come dimostrano i rapporti dell'Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali), piuttosto che acquistare tecnologia. Le apparecchiature diagnostiche obsolete sono 6400, con il 72% dei mammografi e il 76% dei sistemi radiografici datati più di 10 anni, racconta un recente rapporto di Assobiomedica. Del resto basta vedere la storia dei «chirurghi robot». Sbandierati come la nuova frontiera della chirurgia e capaci di abbattere la percentuale di errore, restano fuori dalla sale operatorie, se non per interventi a pagamento, visto che le tariffe di rimborso agli ospedali non tengono conto dei 9mila euro in media di costo aggiuntivo.

E non è che nel territorio le cose vadano meglio. Secondo la Bocconi dei 2 milioni e mezzo di disabili, l'80% si arrangia da sé in assenza di assistenza domiciliare.

Scricchiolii sinistri di un pezzo del nostro welfare che continuiamo a chiamare universalistico ma che è già diventato selettivo. A discapito dei più deboli.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



“Bisogna passare a un sistema misto E i ricchi devono contribuire di più”

L'esperto economista: “Assistenza gratuita solo a chi è davvero indigente”

Il problema vero resta quello fiscale: in Italia non sappiamo chi è davvero indigente

Ci sono solo due strade: scegliere una sanità mista o avere un Pil che cresce del 2% all'anno

Non si sono esempi da seguire: spendiamo il 30% in meno dei 14 principali Paesi europei. Il modello Usa? Una quota pubblica così bassa crea disparità

Federico Spandonaro
Docente di Economia sanitaria a Tor Vergata



La Sanità come le pensioni? In un Paese sempre più vecchio e che cresce poco, un ripensamento del Servizio sanitario nazionale «sarebbe opportuno», dice Federico Spandonaro, docente di Economia sanitaria all'Università di Roma Tor Vergata. Che avverte: «Bisogna fare molta attenzione: anche nel passaggio al sistema contributivo le pensioni Inps si sono ridotte, ma i sistemi complementari, in un momento di scarsa crescita finanziaria, non hanno fatto faville...».

Come si può intervenire nella sanità?

«La cosa più equa sarebbe avere una redistribuzione della spesa sanitaria tra pubblico e privato. Dal punto di vista del cittadino è meglio pagarsi le 10-20 euro della scatola dell'antibiotico che serve a curare una bronchite (tanto più che circa il 28% della spesa sanitaria farmaceutica è per scatole che costano meno di 5 euro) ma avere dal sistema sanitario i 30 mila euro del farmaco quando si ha un problema serio. Questo però si scontra con un problema tipicamente italiano».

Quale?

«Tutto questo funziona bene se si ha un sistema fiscale che

funziona altrettanto bene. Chi è davvero indigente dovrebbe avere tutte le prestazioni assicurate dal pubblico, gli altri potrebbero pagarsi una parte delle terapie. Il problema che non sempre si capisce dove sta la vera indigenza. In questo momento in Italia abbiamo esenzioni che sono ridicole da un punto di vista sociale: una persona dal reddito medio-alto se è iperteso ha diritto ad avere gratuitamente il beta-bloccante, che costa meno di 20 euro al mese. Mi chiedo: ha ancora senso assicurare con fondi pubblici cose del genere?».

L'ultimo rapporto dell'Aifa segnala che l'anno scorso abbiamo «sfiorato» il budget per la spesa farmaceutica per 1,7 miliardi. Come se ne esce?

«Ci sono due strade, ma sono poco praticabili. Se il nostro Pil crescesse di almeno il 2% l'anno i fondi ci sarebbero. Inoltre, ci sarebbe spazio per abbassare i prezzi dei farmaci più innovativi. La sensazione è che i prezzi non siano più giustificati dai costi della ricerca quanto da aspetti legati alla finanza: avere un farmaco ad alto costo contribuisce al valore dei titoli delle società farmaceutiche in Borsa. Non si può dimostrare, ma il sospetto c'è nel caso di farmaci come quelli per l'Epatite C. Come si vede, l'unico sistema è rimodulare la spesa tra pubblico e privato».

Ci sono modelli in altri Paesi a cui possiamo ispirarci per ridisegnare la sanità risparmiando?

«Direi di no, noi spendiamo un

30% in meno dei 14 principali Paesi Ue dove ci sono sistemi mutualistici. Là si spende di più, non per via di sprechi ma perché vengono erogati servizi superiori ai nostri».

Noi invece spendiamo meno e abbiamo sempre di meno?

«Se si guardano le statistiche Eurostat sui cittadini che dichiarano di avere problemi di salute di lunga durata, dieci anni fa l'Italia stava messa molto meglio del resto d'Europa. Ora nonostante siamo favoriti dalla dieta e dal clima - ci stiamo allineando ai Paesi del Nord».

Riterrebbe utile importare il sistema americano in Italia?

«Spero che non accada: la quota pubblica è talmente bassa che le disparità sono enormi. La suddivisione tra risorse pubbliche e private è del 50%. Non pensiamo però che in Italia la spesa sia completamente statale. Siamo al 70% di pubblico e al 30% di privato».

Che cosa non funziona, allora?

«Il punto è che in Italia, oggi, la spesa privata serve più che altro a saltare le liste d'attesa e coprire altre inefficienze. Servirebbe un sistema con una spesa meglio ridistribuita. Se chi ha maggiori disponibilità economiche avesse una sanità integrativa con strutture dedicate in cui lo Stato partecipasse solo in parte, questo sgraverebbe le liste d'attesa negli ospedali pubblici e creerebbe davvero un sistema complementare. La spesa prima ancora che cambiata, va riqualificata».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Dir. Resp.: Maurizio Molinari

Diciamo addio al codice rosso Ora diventerà un numero

Triage in pronto soccorso, si cambia: i quattro «codici colore» (bianco, verde, giallo e rosso) per l'accesso alle cure saranno dismessi progressivamente, a partire dall'estate, e sostituiti da codici numerici ritenuti più funzionali: tanto più dato il proliferare nel tempo di codici colorati assegnati ad altre categorie, dall'«argento» per gli anziani al «rosa» per le vittime di violenza, con il rischio di confusioni. La riforma del Ministero si accompagnerà ad una tempistica più precisa per l'assistenza dei Dea, in base alle criticità, e a corsi di formazione per gli infermieri.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



DINO FRACCHIA/BLUNAVISTA

Pubblico e privato
Attualmente il privato nella sanità serve soprattutto per superare le lunghe liste d'attesa del pubblico, ma il servizio non è complementare

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

SPESA SANITARIA CORRENTE

+30,2 miliardi 



2012



2013

Fonte: MEF

3%
Tasso di crescita medio annuo

1,7%
Tasso di crescita medio annuo Pil 2002-2013

Sfondamento spesa sanitaria 2015 (dati preconsuntivo Corte dei Conti):

1 miliardo

Sfondamento spesa farmaci ospedalieri (Innovativi):

1,7 miliardi

Spesa cittadini per comprare farmaci griffati anziché generici gratuiti:

912 milioni



Fonte: AIFA

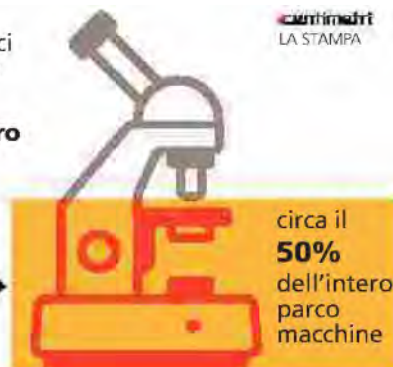
Costo medio di nuovi super farmaci per ciclo terapeutico:

100 mila euro

Macchine per esami diagnostici obsolete:

6.400

Fonte: ASSOBIOMEDICA



MARCO DONA/FOTOGRAMMA

Sforamento
Per i farmaci ospedalieri siamo fuori di 1,7 miliardi

quotidianosanita.it

Mercoledì 30 MARZO 2016

Patto Salute. Ecco le proposte dei sindacati per il decreto sul lavoro in sanità. Dal tutor per gli specializzandi al limite del 2% per i contratti atipici. Carriere diverse per manager e clinici

I sindacati hanno messo a punto le loro proposte per dare attuazione all'articolo 22 del Patto per la Salute. Fissati anche appositi paletti per la determinazione dei fabbisogni standard di personale dell'area sanitaria per la garanzia dell'erogazione dei LEA in maniera omogenea in tutto il Paese. [LA BOZZA DI LEGGE DELEGA PROPOSTA DAI SINDACATI.](#)

Standard e criteri per individuare i fabbisogni come priorità. Confermata l'istituzione di una rete formativa costituita sia da strutture universitarie che da strutture ospedaliere, pubbliche e private. Con la novità della figura del tutor per lo specializzando. Su sviluppo carriere riconoscere stesso ruolo e pari dignità degli incarichi che fanno riferimento alla loro natura prevalentemente gestionale o professionale. E poi sui precari al via un tetto massimo: contratti atipici non possono essere superiori al 2% di quelli indeterminati. Priorità nelle assunzioni a vincitori concorso e idonei.

Questi alcuni dei capisaldi della proposta di bozza di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane (ex art 22 Patto Salute) inviata oggi dall'Intersindacale medica al Ministero della Salute. I sindacati hanno dunque riunito e formulato in un unico documento in forma di articolato di legge le osservazioni sulle due proposte (Salute-Miur e Regioni). Se il [timing per presentare le osservazioni scadeva oggi](#) il prossimo confronto è previsto invece per il 5 aprile. E in questo senso i sindacati su alcuni temi, su cui ancora non è stata trovata la quadra, prendono ancora un po' di tempo e si "riservano di comunicare, con separato documento il 31 marzo, la posizione sulla eventuale graduatoria unica per la formazione specialistica, sulla istituzione della Specializzazione in Medicina Generale, sulle modalità di accesso al lavoro nel SSN nonché sulla stabilizzazione dei medici precari convenzionati equivalenti".

Ma vediamo le principali misure contenute nel testo:

Formazione specialistica dei medici chirurghi e veterinari e specifica in medicina generale. Viene confermata rispetto alle bozze l'istituzione della rete formativa regionale ed interregionale, costituita sia da strutture universitarie sia da strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate e contrattualizzate con il SSN. Si prevede inoltre la revisione del sistema di accreditamento prevedendo quali ulteriori criteri: come il volume complessivo delle attività, la complessità della casistica e il livello tecnologico delle strutture. La rete formativa inoltre sarà sottoposta a verifica periodica dei criteri di accreditamento, con la estromissione delle strutture per le quali siano venuti meno i requisiti di accreditamento.

Confermata anche la possibilità, per favorire la conciliazione tra lavoro ed esigenze familiari e per un periodo non superiore a 12 mesi, di consentire, al medico e al veterinario specializzando e al medico in formazione specifica in medicina generale, la frequenza con impegno orario ridotto, con successivo

recupero insieme alle attività formative non svolte. Per la medicina generale adeguamento della formazione e attività professionalizzanti.

Molto più articolata rispetto alle bozze la parte che riguarda l'inserimento degli specializzandi nelle strutture formative. Si dovrà tener conto dei criteri di rotazione e dovrà risultare in coerenza con gli obiettivi definiti dagli ordinamenti didattici dei relativi corsi di specializzazione e di formazione e le peculiarità cliniche di ciascuna disciplina, con graduale assunzione di responsabilità assistenziale ed acquisizione di conoscenze e competenze di progressiva complessità fino alla completa autonomia professionale.

Arriva il tutor. In affiancamento del medico specializzando, e formando, per tutta la durata della formazione specialistica, da parte di un medico specialista nella medesima disciplina, o di un medico formato, con incarico di tutor, in servizio attivo, il quale, per tutte le procedure diagnostiche o terapeutiche invasive, che richiedono decisioni cliniche immediate, non deve essere impegnato in altra attività. La valutazione finale del medico in formazione specialistica e di medicina generale affidata alla Scuola di specializzazione, tenendo conto delle valutazioni e certificazioni formulate nelle strutture ove ha avuto luogo la formazione pratica.

Sviluppo di carriera all'interno della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria

Anche qui il documento dei medici amplia il contenuto delle bozze mantenendo però fisso l'obiettivo che mira a "introdurre pur nella unicità del ruolo, misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, attraverso la definizione di percorsi di carriera rispettivamente caratterizzati da prevalente natura gestionale o da prevalente natura professionale". Nello specifico si definiscono alcuni criteri tra cui quello della valorizzazione della peculiarità del lavoro medico attraverso il riconoscimento, nello stesso ruolo, con pari dignità gli incarichi che fanno riferimento alla loro natura prevalentemente gestionale o professionale. È poi previsto l'affidamento al dirigente medico, veterinario e sanitario specialista di incarichi di base e, al superamento del terzo anno di servizio cumulativo, di incarichi superiori a quelli di base, attraverso l'applicazione dei previsti istituti contrattuali e di procedure a carattere selettivo disciplinate dal CCNL. Prevista anche "l'implementazione dei sistemi di valutazione delle competenze professionali acquisite, su indicatori condivisi con i sindacati di categoria.

Standard di personale nelle strutture pubbliche e private accreditate, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria

Premesso che l'individuazione dei distinti fabbisogni complessivi specialistici, dei medici chirurghi e dei medici veterinari, di medicina generale e per le cure primarie pediatriche è una priorità i sindacati evidenziano che nel definire una metodologia occorrerà tener conto:

- delle necessità di adeguamento delle dotazioni organiche per la garanzia dell'erogazione dei LEA in maniera omogenea in tutto il Paese;
- di parametri qualitativi, di efficienza di utilizzo delle risorse umane e di efficacia e sicurezza organizzativa e clinica;
- delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo, con riferimento;
- dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche; della evoluzione tecnologica;
- dell'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari;

Stabilizzazione del personale precario

Nel documento si prevede l'immissione, in via prioritaria, in ruolo dei vincitori di concorso e dei soggetti in possesso di idoneità a seguito di concorso pubblico, in servizio presso l'amministrazione. In seconda battuta che i concorsi riservati, in analogia a quanto a suo tempo previsto dalla Legge 401/2000 con riserva del 50% dei posti a favore del personale con incarico provvisorio non inferiore un anno nei cinque anni precedenti, anche in carenza della specializzazione nella disciplina richiesta. E poi la trasformazione dei rapporti di lavoro atipici in atto alla data di approvazione della legge, in rapporti a tempo determinato secondo le norme del vigente CCNL.

Infine si propone "un tetto massimo di rapporti atipici, flessibili, libero professionali, di consulenza, di collaborazione coordinata e continuativa, a progetto, o comunque non rientranti nel CCNL della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, cumulativo non superiore al 2% dei rapporti di lavoro a tempo

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Nuovo Piano vaccini in grave ritardo: igienisti, pediatri e Mmg chiedono incontro urgente a Lorenzin



Il vecchio Piano vaccini è scaduto nel 2014, la bozza del nuovo Piano da 10 mesi rimbalza tra Conferenza Stato-Regioni, ministero della Salute e ministero dell'Economia. E intanto le Regioni approvano nuovi calendari, tutti diversi, che accentuano le difformità delle offerte vaccinali.

Le quattro società e associazioni scientifiche del board del Calendario vaccinale per la vita (Società italiana di Igiene-SITI, Federazione italiana medici pediatri-Fimp, Società italiana di Pediatria-Sip e Federazione italiana dei medici di medicina generale-Fimmg) che stanno lavorando a una nuova versione del Calendario vaccinale che verrà pubblicata prossimamente hanno manifestato grandi preoccupazioni per il ritardo nell'approvazione definitiva del nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale 2016-18 sottolineando i costi sanitari della non vaccinazione. I presidenti hanno ufficialmente chiesto un incontro urgente alla ministra della Salute Beatrice Lorenzin per fornire tutti gli eventuali contributi tecnici per superare eventuali residui ostacoli oltre che essere informati sull'iter del Piano.

Speciale Salute

Quando l'abitudine allunga la vita

Una ricerca dimostra che le azioni quotidiane possono essere benefiche. Secondo la Duke University oltre il 40% sono frutto di rituali inevitabili

Numeri

Gli uomini sposati vivono tra 8 e 17 anni più dei single

10

Anni

Di vita in più se si fa l'amore 3 volte a settimana

Roberta Maresci

■ Quando ti sei alzato questa mattina, qual è stata la prima cosa che hai fatto? Ti sei infilato sotto la doccia o hai lavato i denti? Hai allacciato prima la scarpa destra o sinistra? Che strada hai scelto per andare al lavoro? E a pranzo, insalata o hamburger? Qualsiasi cosa abbia scelto, è colpa dell'abitudine. Secondo una ricerca della Duke University, oltre il 40% delle azioni che compiamo ogni giorno sono frutto di rituali. La cattiva notizia è che sono un destino inevitabile. Quella buona, invece, è che possiamo alimentarle per allungarci la vita.

Perché (ammettiamolo) sembra strano, ma è vero: a parte il destino e i geni che mamma e papà ci hanno lasciato in eredità, la nostra longevità dipende dalla routine. Ma non tutte le (buone) azioni da compiere aiutano ad arrivare in forma alla terza età. Studi alla mano, sono almeno dieci le abitudini prolunga-vita. Per esempio? Trovati una donna erudita. Gli uomini sposati vivono tra gli 8 e i 17 anni in più

dei single secondo una indagine pubblicata sull'American Journal of Epidemiology.

I motivi sono presto detti: gli scapoli mangiano peggio, fumano e bevono di più. Vuoi evitare infezioni alla bocca che causano malattie cardiache? Lavati i denti almeno due volte al giorno. Altrimenti, guarda film di Fantozzi. Lo dice la scienza e anche la saggezza popolare: «Cuor contento il ciel l'aiuta». Ela conferma arriva da una indagine dell'Università dell'Illinois (Stati Uniti): prendere le cose con ironia dà una mano a vivere qualche anno in più.

Anche aiutare il prossimo garantisce longevità: a patto lo facciate in modo disinteressato e sincero. Quanti hanno fatto della solidarietà uno stile di vita riducono la mortalità del 20% rispetto agli individualisti. Mirate a guadagnare dieci anni di vita? Fate l'amore 3 volte alla settimana. Vi tenete al riparo da diabete, tumori e ipertensione: secondo una ricerca australiana, grazie all'abbondante produzione di endorfine, avere un orgasmo avrebbe lo stesso effetto benefico di prendere due aspirine.

Un elisir di lunga vita è poi giocare a carte, per almeno tre ore al giorno: le attività sociali migliorano lo stato di salute, di contro, la perdita di relazio-

ni fa male quanto fumare 15 sigarette al giorno.

Anche credere in qualcosa è un toccasana: una indagine statunitense dimostra che chi frequenta la parrocchia più di una volta a settimana vive in media 7,5 anni in più di chi non ha fede. Stessi benefici per chi lavora sodo: lo stress da lavoro non è da temere e non ci sono prove che indebolisca le difese immunitarie. Ma quando nascono le abitudini? Hanno origine dai comportamenti che abbiamo ricevuto dalle figure di riferimento quando eravamo piccoli. Secondo gli psicologi, le abitudini servono a semplificarci la vita, a darci l'illusione di poterla controllare, a dare senso alla nostra giornata, a evitarci la fatica di decidere ogni volta sul da farsi.

Spesso si basano su automatismi, cioè su schemi di comportamenti «programmati» come quando, guidando l'auto, non pensiamo ogni volta a come fare per rallentare l'andatura o cambiare la marcia. Di buono il trantran ha che fa risparmiare energia nel compiere azioni, infondendoci sicurezza. Attraverso la ripetizione dei gesti, miglioriamo le nostre performance fisiche o mentali. Ma guai a sbagliare!



SBALZI DI TEMPERATURA

Troppo caldo o troppo freddo Quanti rischi per gli anziani

L'aumento di mortalità si concentra nelle classi di età molto avanzate

di **Luigi Cucchi**

■ L'eccesso di caldo o di freddo uccide. Le variazioni meteorologiche e ambientali possono essere molto pericolose. Sono più che giustificati i suggerimenti degli epidemiologi che invitano gli anziani a proteggersi ed eventualmente non uscire di casa nelle ore più calde o fredde. Negli ultimi anni un progressivo aumento della speranza di vita ha portato al moltiplicarsi dei grandi anziani con più di 80 e 90 anni. Questa popolazione è fragile e suscettibile agli sbalzi della temperatura e dell'umidità. Nei primi mesi dell'inverno del 2015 si è verificata un'epidemia influenzale in Italia, come in altri Paesi europei, molto virulenta, che ha causato un aumento dei decessi negli anziani, specie per complicanze respiratorie. La ridotta copertura della vaccinazione anti-influenzale verificatasi nel 2015 ha aggravato la situazione. Nell'estate 2015, in luglio e agosto, si è osservata invece un'ondata di calore intensa e prolungata che ha mietuto molte vittime. I decessi nell'estate 2015 sono stati elevati: 653mila, con un aumento di 54mila persone. Il tasso di mortalità, pari al 10,7 per mille, è il più alto tra quelli misurati dal secondo Dopoguerra in poi. L'aumento di mortalità risulta concentrato nelle classi di età molto anziane (80-95 anni). Il picco è in parte dovuto a

effetti strutturali connessi all'invecchiamento e in parte al posticipo delle morti non avvenute nel biennio 2013-2014, più favorevole grazie alle migliori condizioni climatiche alla sopravvivenza.

Nel 2015 le nascite sono state 488mila (-15mila), nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia. Il 2015 è il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, giunta a 1,35 figli per donna. L'età media delle madri al parto sale a 31,6 anni. Al 1° gennaio 2016 la popolazione in Italia è di 60 milioni 656mila residenti (-139mila unità). Gli stranieri sono 5 milioni 54mila e rappresentano l'8,3% della popolazione totale (+39mila unità). Nel 2001 in Italia il numero di ultra65enni ammontava a circa 10 milioni e mezzo (il 18% della popolazione), nel 2016 si stima che questo numero lievitò fino ad arrivare a circa 11 milioni e mezzo. La popolazione di cittadinanza italiana scende a 55,6 milioni, conseguendo una perdita di 179mila residenti.

Stiamo assistendo ad una autentica rivoluzione demografica: nel 2000, nel mondo c'erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni, nel 2025 ce ne saranno 1,2 miliardi e 2 miliardi nel 2050. In Europa, come in molti altre regioni ricche, una persona su 5 ha più di 60 anni. Questo rapporto scende a 1 su 20 in Africa ma, come in altre aree in via di

sviluppo, il processo di invecchiamento della popolazione è più rapido che nei Paesi sviluppati, quindi c'è meno tempo per adottare le necessarie misure per far fronte alle conseguenze dell'aumento della popolazione anziana e della frequenza di patologie croniche legate all'invecchiamento come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Come conseguenza, la pressione sul Sistema sanitario mondiale aumenta. Le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute ed economico a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per le cure.

Secondo il rapporto «Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana» del [ministero della Salute](#), la popolazione anziana oggi in Italia determina il 37% dei ricoveri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati.



ALIMENTAZIONE

La dieta vegetariana? È scritta nei nostri geni Lo rivela una ricerca Usa

Nel corso del tempo il genoma umano si adatta alla dieta. Così l'abitudine a un'alimentazione vegetariana ha portato, nel corso dell'evoluzione, a un cambiamento del Dna di alcune popolazioni. Un adattamento che consente di sfruttare al meglio questo tipo di regime. In pratica, la «dieta verde» è ormai scritta nei geni di alcuni popoli, come quelli dell'India. È quanto ha stabilito una nuova indagine condotta dalla Cornell University e pubblicata su «Molecular Biology and Evolution». Si tratta del primo lavoro investigativo-evolutivo che ha messo a confronto alcune popolazioni: una prevalentemente vegetariana (a Pune, in India), l'altra prettamente carnivora (in Kansas, Usa). Lo studio ha rilevato anche una maggiore suscettibilità all'infiammazione e un aumento del rischio di malattie del cuore e del cancro del colon, quando nella popolazione portatrice delle variazioni genetiche legate alla dieta vegetariana si comincia a cambiare regime alimentare.





Con il «batterio artificiale» viaggio al centro della vita

L'eclatante annuncio della formazione nel laboratorio californiano di Craig Venter di un batterio sintetico apre nuove prospettive pari agli interrogativi: davanti a quale passaggio ci pone ora la scienza?

di Roberto Colombo

Nei giorni scorsi ha fatto clamore la notizia della creazione in laboratorio del primo batterio sintetico, forma assai semplice di vita artificiale. Protagonisti della scoperta Craig Venter e Clyde Hutchison, che hanno sintetizzato nel loro laboratorio in California un genoma batterico minimo. È stato svelato il "segreto della vita"? Dopo aver identificato la sequenza completa del Dna di numerosi organismi viventi, dai batteri fino all'uomo, la biologia intende individuare quali unità operative del Dna, chiamati geni, sono necessarie per organizzare la struttura e consentire le funzioni e la riproduzione della più piccola unità di un vivente: la cellula. Questo è uno degli scopi della "biologia sintetica", che lavora ricombinando tra loro elementi strutturali e funzionali già esistenti in natura nelle cellule e costruendone di simili. Riconducendo all'essenziale il genoma della più elementare cellula, quella di un batterio – è stato scelto il *Mycoplasma genytailium* –, è stato ottenuto un "batterio artificiale", il Syn3.0, il cui Dna contiene solo 473 geni (il 10% in meno di quelli del *Mycoplasma*). Il modello sintetico di mini-cellula procariote (cioè senza nucleo e organelli cellulari) aiuterà a svelare l'essenziale biologico per l'unità fondamentale della vita: la cellula. Al cuore dello sviluppo della vita c'è un progetto, il disegno di un'architettura



turà molecolare e sopramolecolare funzionale a quella forma unica, irripetibile, che si dà in ogni essere vivente, dal più semplice al più complesso. Alcune funzioni sono comuni a tutte le cellule dei viventi – sono le fondamenta senza le quali non si dà la vita, neppure al

suo livello basilare – mentre altre si aggiungono per consentire l'organizzazione e l'esercizio di attività superiori. Fino a quelle che troviamo nell'uomo, nel suo cervello, il substrato biologico referente per l'attuazione delle facoltà dell'anima razionale. Affinché si dia la vita non serve solo la molecola genetica "prima" del Dna, ma anche la cascata, la rete di informazioni "seconda" e di interazioni tra di esse e con il microambiente vitale che chiamiamo "epigenetica". Gli esperimenti di Venter e altri servono a decifrare l'epigenetica della vita.

Ma attenzione: non si dà un "biologico dell'uomo" separato dall'umano, che non sia anche un biologico integralmente umano, cioè un dato antropologico. Questa evidenza della ragione ha due implicazioni. La prima riguarda la comprensione di chi è l'uomo. Una più profonda conoscenza della persona umana non potrà che trarre preziosi elementi di riflessione dalle conoscenze sull'espressione dell'informazione biologica inscritta negli acidi nucleici e nelle proteine e sui diversi livelli di organizzazione e funzione dei viventi, che rappresentano il referente biologico per la differenza ontologica tra l'uomo e l'animale. La seconda implicazione è etica e consegue alla prima: nel rispetto e nella tutela della vita sulla terra, non ogni forma della sua manifestazione pone uguali obblighi morali. Una pianta o un animale non stanno alla pari della donna e dell'uomo. Una cellula non vale come un embrione umano e non si può distruggere il secondo per ottenere la prima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://salute.ilmessaggero.it/>

TRA 20 ANNI IL SESSO SARÀ SUPERFLUO: «I BAMBINI SI CONCEPIRANNO IN LABORATORIO»



Il sesso inutile è il titolo di una celebre inchiesta giornalistica di Oriana Fallaci sulla condizione femminile nel mondo, condotta negli anni Sessanta. Ma queste tre parole potrebbero benissimo essere prese in prestito per intitolare un recente studio secondo il quale, entro qualche decennio, anche solo vent'anni, le persone potrebbero smettere di fare sesso per procreare. In altri termini, il sesso finalizzato al concepimento di una nuova vita potrebbe diventare superfluo. Il sesso inutile, appunto.

In realtà, un titolo già c'è: *The End of Sex and the Future of Human Reproduction*. Così, infatti, Henry Greely, direttore del "Centro per la legge e le bioscienze" presso l'Università di Stanford, ha intitolato il libro in cui illustra questa teoria. Il pronostico è riferito ai paesi sviluppati e riguarda la maggior parte delle nascite da qui a vent'anni, quando – perché un bambino venga al mondo – sarà sufficiente concepirlo in laboratorio, senza un naturale rapporto sessuale. Ma il professor Greely va oltre, spingendosi a prevedere una sorta di stigmatizzazione dell'atto procreativo, quasi come se il paventato calo dei concepimenti naturali rischi di portare, parallelamente, a una loro

condanna.

Si andrebbe, in sostanza, verso un vero punto di rottura nel processo evolutivo degli esseri umani. «Nei prossimi 20-40 anni, quando una coppia desidererà avere un bambino, si limiterà a fornire lo sperma del maschio e un po' di tessuto cutaneo della donna» ha spiegato il professor Greely al *Times*. La pelle della donna sarà utilizzata per produrre cellule staminali, le quali a loro volta potranno essere usate per produrre ovuli. Questi ultimi verranno poi fecondati con cellule spermatiche, come risultato di una selezione di embrioni. E gli embrioni, prevede lo studioso, potranno essere studiati per leggere eventuali segnali di malattie: «Ai potenziali genitori verrà detto: questi cinque embrioni sono seriamente compromessi; dei restanti 95 verranno indicati i pro e i contro».

Il professor Greely spiega che, dopo aver soppesato i vantaggi e gli svantaggi degli embrioni più sani, i genitori sceglieranno quello da impiantare nell'utero della donna, che poi diventerà il figlio desiderato da entrambi. In pratica, eugenetica bell'e buona?

L'autore di *The End of Sex* prosegue nell'inquietante spiegazione di come funzionerà la "fabbrica dei bambini": «I genitori avranno a disposizione i vari embrioni, raggruppati in categorie: una conterrà quelli segnati da malattie "gravi, incurabili", le peggiori; ciò riguarderà l'uno-due per cento di tutti gli embrioni disponibili. Un'altra categoria sarà indicata come "altre malattie". La terza verterà sulle caratteristiche somatiche: occhi, capelli, forme, quando i capelli diventeranno bianchi. Non ne sappiamo ancora molto ma recupereremo».

«La quarta categoria» prosegue Greely «è quella comportamentale: credo che qui le informazioni saranno limitate; non saremo in grado di dire: questo bambino è nella fascia più alta per quoziente intellettivo. Potremo dire, al massimo: questo bambino ha il 60 per cento di possibilità di trovarsi nella metà superiore della fascia». Lo studioso statunitense è convinto che, andando avanti su questa strada, la conseguente riduzione delle malattie ereditarie, se non delle nascite di bambini malati, porterà a un procedimento efficiente dal punto di vista dei costi. Una rivoluzione, insomma, che rischia di portare allo stigma del metodo procreativo tradizionale, proprio in virtù dei tanti rischi connessi alla salute del bambino e della donna.

Il concepimento in laboratorio potrebbe diventare un'opportunità anche per le coppie dello stesso sesso: in tempi di violente battaglie in Italia, legate a omogenitorialità e gestazione per altri, la notizia è destinata a non spegnere il dibattito.



vita@avvenire.it

Gli embrioni «difettosi»? Si auto-riparano

La notizia

Studi condotti a Cambridge mostrano che anomalie registrate a inizio gravidanza non portano per forza a figli «difettosi»

Gli embrioni "difettosi" daranno certamente origine a bambini altrettanto "difettosi"? Nessun genetista si sentirebbe di assicurarli, eppure la vulgata corrente è che se dalla diagnosi prenatale (o pre-impianto, se si tratta di fecondazione artificiale) emerge il sospetto di qualche anomalia è inevitabile procedere allo scarto dell'embrione.

La ricerca pubblicata martedì da un'équipe dell'Università di Cambridge mostra peraltro che bisogna andare molto più cauti di quel che si pensava nel considerare che una quota di embrioni creati in laboratorio sia destinata ai freezer (o a diventare cavie). Gli scienziati inglesi hanno dimostrato, dati empirici alla mano, che se l'em-

brione presenta cellule anomale non necessariamente nascerà un bambino con problemi, come la sindrome di Down. Lo studio, condotto sui topi e pubblicato sulla rivista *Nature Communications*, certifica che le cellule anomale possono essere eliminate e sostituite da cellule sane, che riparano l'embrione. Ma non basta: a Cambridge è stato mostrato che se questi difetti rimangono e vengono registrati durante la gravidanza da esami come la villocentesi non nascerà per forza un bimbo con problemi, una conclusione che metterebbe in crisi l'attendibilità della diagnostica prenatale, spesso orientata a consigliare alle gestanti l'aborto di un figlio che appare geneticamente imperfetto.

La ricerca, finanziata dal Wellcome Trust e firmata da Zernicka-Goetz e colleghi, ha osservato che negli embrioni dove il mix di cellule normali e anomale era 50 e 50 le cellule anomale nell'embrione venivano uccise attraverso il processo noto come «apoptosi» (la morte programmata delle cellule), anche quando nelle cellule placentari venivano poi mantenute le anomalie. Ciò ha permesso alle cellule normali di prendere il sopravvento e all'embrione di avere alla fine tutte le cellule sane.

Prima di passare allo studio sull'uomo i ricercatori proveranno a determinare la proporzione esatta di cellule sane necessarie per riparare completamente un embrione e il meccanismo con cui le cellule anomale vengono eliminate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Disabili, l'abbraccio del Colle "Sono cittadini, non invisibili"

La giornata delle persone con difficoltà intellettive: in Italia sono 2 milioni
Mattarella: "La diversità è una ricchezza. Lo Stato al fianco delle famiglie"

UMBERTO ROSSO

ROMA. Un piccolo esercito di «invisibili», senza volto e senza identità. Circa mezzo milione di persone nel nostro Paese soffre di autismo, un milione ha la sindrome di Down, in centinaia sono colpiti da malattie rare, anche se mancano statistiche precise. Si schiera con loro Sergio Mattarella: «Non è più accettabile che tanti nostri cittadini diventino così, invisibili». Un intero pezzo del Paese relegato ai margini. È stato così per troppi anni, ora il presidente della Repubblica ha deciso che è il momento di aprire gli occhi sul disagio che più di ogni altro fa paura al mondo dei «sani»: la disabilità intellettiva. Ricevendo al Quirinale associazioni, ragazzi, famiglie nella Giornata dedicata proprio alle persone con disabilità intellettiva, vuole fare piazza pulita dei luoghi comuni: «non si tratta di pazienti, di malati, di problemi da scaricare sulle famiglie o sul singolo: a creare le barriere sono i limiti della nostra organizzazione sociale».

E la loro diversità «è una ricchezza per tutti, per la nostra società». Lo raccontano gli occhi e l'allegria di Nicole Orlando, campionessa paralimpica di atletica e star di *Ballando con le stelle*, che contagia il presidente avvolgendolo nella maglia azzurra che gli regala. O le emozioni, più intime, che nel Salone dei Corazzieri regala al piano Gabriele Naretto, affetto da autismo e ipovedente, con un brano di Gershwin e relativo bis. O Agnese Bucciarello, 31 anni, che dopo uno stage proprio nelle cucine del Quirinale ha trovato lavoro in un'hamburgeria del Tiburtino, «e il lavoro certo non lo mollo». La scrittrice Clara Sereni racconta del figlio Matteo, autistico anche

lui. È emozionata e si è portata dietro un testo da leggere davanti al presidente, ma ad un certo punto lascia perdere e va a braccio, «anche i nostri figli sono migranti che aspettano accoglienza, sono migranti dell'anima».

Ma il dolore più acuto, la preoccupazione di questi genitori è soprattutto il "dopo di noi": «Che ne sarà dei nostri figli quando non ci saremo più?» è la domanda più ricorrente. La Camera il mese scorso ha approvato la legge intitolata appunto al "dopo"; il ministro della Sanità Lorenzin annuncia che 90 milioni sono stati stanziati per il progetto a sostegno delle persone con grave disabilità senza legami familiari, e che l'autismo entra nei nuovi livelli essenziali di assistenza (i Lea) con 50 milioni per i trattamenti e la diagnosi precoce della malattia. Mattarella lo raccoglie, il malessere dei genitori: «So bene quanto grande sia il cruccio delle famiglie: cos'avverrà dopo di noi? Un'angoscia che pesa, a volte, più della fatica e delle rinunce cui ci si sottopone per amore». Il "dopo di noi", spiega, riguarda tutti: «È fuori dallo spirito e dalla lettera della Costituzione chi pensa, egoisticamente, che la solidarietà sia a carico di altri». Passi avanti ne sono stati fatti, anche sul piano legislativo, si tratta di tradurli in pratica. Rimane tanto da fare per l'inclusione a scuola, e sul lavoro: «Ci sono ancora imprese che preferiscono subire sanzioni — denuncia Mattarella — che ottemperare alle norme sull'inserimento dei disabili». L'Italia e l'Ue sono nate per abbattere i muri. L'essenza della civiltà europea, conclude il capo dello Stato, «ci chiama a difendere la vita, oggi anche contro il terrorismo».

ORIPRODUZIONE RISERVATA

