



RASSEGNA STAMPA

04-09-2016

1. CORRIERE DELLA SERA Rifiuta la chemio e muore Si curava con il metodo Hamer
2. REPUBBLICA "Eleonora condizionata dai genitori"
3. REPUBBLICA "Niente chemio, uso le erbe" muore mamma di 34 anni
4. STAMPA Rifiuta la chemioterapia Muore un'altra donna
5. AVVENIRE No alle cure, due morti in pochi giorni
6. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a Franco Coppi - Morte dopo aver rifiutato la chemio «È assurdo, ora serve una legge»
7. GIORNALE Due morti in Spagna per un virus simil-Ebola
8. CORRIERE DELLA SERA Le virtù delle cellule staminali sotto controllo fuori dall'organismo
9. REPUBBLICA "Vaccino anti-lebbra" E in India si avvera il sogno della santa
10. QUOTIDIANO SANITÀ Nomine Direttori generali Asl. Al via l'elenco nazionale. In Gazzetta decreto con nuove norme
11. AVVENIRE Gran Bretagna. La Sanità al «risparmio»: sala operatoria negata a obesi e fumatori
12. REPUBBLICA.IT Gb, "Niente operazioni chirurgiche per i pazienti obesi". Ma il provvedimento 'discriminatorio' viene sospeso
13. REPUBBLICA Quei mille scienziati che a Londra inventano le nuove medicine

Rifiuta la chemio e muore Si curava con il metodo Hamer

La scelta di Alessandra, madre e imprenditrice. Il medico: poteva salvarsi

L'allarme

Dopo la 18enne di Padova affetta da leucemia è il secondo caso in pochi giorni

La storia

di Agostino Gramigna

Nessun segno di ripensamento, fino all'ultimo istante della sua vita. È morta portando con sé la convinzione che la medicina ufficiale è al servizio del denaro e che la chemioterapia uccide e trasfigura il corpo. Alessandra aveva un tumore al seno e ha smesso di respirare all'ospedale di Santarcangelo, vicino Rimini. Secondo Domenico Samorani, il dottore che le aveva diagnosticato quattro anni fa il male, avrebbe potuto vivere a lungo e salvarsi proprio facendo la chemio, da lei sempre tenacemente avversata.

Alessandra Tosi era un'imprenditrice (gestiva un ristorante vegano), aveva 34 anni, due figli, un compagno di vita, Enrico. E anche un consulente hameriano, figura chiave della storia, che ha cercato di curarla con il metodo di Ryke Geerd Hamer, dottore tedesco molto discusso in Germania, radiato dall'albo dei medici, inseguito dalla legge e teorico della medicina germanica senza bisturi, chemio e medicine. Convinto che i tumori abbiano un'origine psichica.

Un'infermiera dell'ospedale di Santarcangelo quando vedeva il «consulente» aggirarsi nel padiglione dove era ricoverata Alessandra, gli ricordava scherzosamente che se non fosse guarita lo avrebbe cerca-

to ovunque. Lui replicava: «Non si preoccupi, la salverò».

Alessandra era una donna dal carattere forte, decisa. Molto intelligente. Era diventata seguace del metodo Hamer dopo aver appreso del tumore. «So che su Internet ha fatto una serie di ricerche, s'è documentata. Mi risulta che sia andata pure in diversi centri. Insomma, ha girato», dice il dottor Samorani.

Da giovane Alessandra aveva visto suo padre morire di tumore. Lui aveva fatto la chemioterapia. Quando Samorani le ha proposto un ciclo di sedute, Alessandra invece ha rifiutato: «La chemio mai. Mi ucciderà».

Era ossessionata dall'idea che per almeno un anno il suo corpo avrebbe subito gli effetti dei farmaci. Che le avrebbe fatto perdere i capelli, che il corpo insomma non sarebbe più apparso ai suoi occhi come quello vero. «Ha litigato con la madre. A lungo. Una battaglia drammatica. Molto umana. La madre disperata ha usato tutte le armi, anche quella di minacciarla di cacciarla dal suo cuore: hai due figli, ma a loro non pensi?», ricorda il dottore che ha avuto modo di parlare e confrontarsi spesso con i parenti. Alessandra ha sempre reagito. «Non permetto a nessuno di utilizzare i miei figli per subire questo ricatto».

Tre mesi fa, sempre più stanca, Alessandra è ritornata dal dottore per una pleurite: le metastasi ormai si erano propagate ai polmoni. «Le ho mostrato i risultati delle analisi, le ho fatto capire che la situazione era tragica ma che ancora poteva ricorrere alla chemio. Forse qualche speranza c'era. Lei s'è commossa, ma serenamente ha scelto di continuare per la sua strada».

Coerentemente al suo credo, neanche nella fase acuta

della malattia, durante gli ultimi giorni trascorsi in ospedale, Alessandra ha preso farmaci. «Solo dei cerotti, ma nulla più. Neanche morfina. Non le abbiamo mai fatto la guerra. Forse anche per questo ha scelto di morire in ospedale da noi. Pochi giorni fa le ho chiesto se fosse riuscita a dormire. Dopo dieci minuti è deceduta». Durante l'omelia al funerale, il parroco della chiesa di Sant'Ermite ha letto il passo del Vangelo in cui Gesù resuscita il figlio della vedova Nain, morto giovinetto.

La madre di Alessandra ce l'ha messa tutta per allontanare la figlia dal consulente hameriano, che adesso vorrebbe denunciare. Il marito Enrico, invece, ha condiviso fino in fondo la scelta della moglie. Samorani ci tiene a far sapere che pur provando il massimo rispetto per la decisione di Alessandra si porta dentro il peso della fragilità. «Ci penso da tempo. Ci sono in gioco vite umane. Non credo sia una buona scelta quella di affidarsi al primo sciamano. Si corre il rischio di morire. Non c'è solo il caso di Alessandra. Ho conosciuto pazienti che hanno seguito la cura del silenzio o della dieta choc, con la convinzione che perdendo 40 chili s'indebolisce pure il tumore. Una follia. Vedo decisioni prese come se si dicesse: sono solo io il padrone di me stesso. Ci vedo una fragilità».

(ha collaborato Daniela Camboni)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Veneto

● Eleonora Bottaro, 18 anni, è morta per una leucemia

● Anche lei come Alessandra Tosi aveva scelto di non curarsi con la medicina tradizionale e di rifiutare la chemioterapia

● I suoi genitori sostengono le teorie hameriane



IL DOCUMENTO

“Eleonora condizionata dai genitori”

ENRICO FERRO

PADOVA. Eleonora è «immatura dal punto di vista psicologico e pesantemente condizionata dai genitori. Inoltre, non sembra pienamente consapevole della gravità della patologia e dell'urgenza di intervenire con una terapia adeguata». È uno stralcio della relazione del Comitato etico dell'ospedale di Padova, riunito in tutta fretta il 22 febbraio scorso per discutere dell'allora 17enne Eleonora Bottaro. La ragazza, affetta da leucemia, ha rifiutato da subito le cure tradizionali, d'accordo con i genitori.

«A partire dagli 11 anni, Eleonora è stata condizionata dall'adesione della famiglia alle teorie di Hamer, e ha poi vissuto il grave trauma della morte improvvisa del fratello», scrive la commissione composta da 19 tra medici, psicologi e giuristi. «I genitori sono sempre presenti e ribadiscono l'importanza che Eleonora si attenga allo stile di vita scelto dalla famiglia, basato sul rifiuto della tecnologia». La relazione è stata inviata al tribunale dei minori e ha dato il via all'iter per la perdita della patria potestà da parte dei genitori. C'è poi la sentenza con cui lo stesso tribunale respinge la richiesta di Lino Bottaro e della moglie Rita perché venga ristabilita la loro potestà genitoriale, otto pagine in cui è stato messo nero su bianco un braccio di ferro di oltre otto mesi tra la famiglia e l'ospedale: «Bottaro ha ribadito la fiducia nella guarigione spontanea di Eleonora, e ha dichiarato che, a suo avviso, le terapie oncologiche proposte non sarebbero urgenti date le buone condizioni di salute della figlia».

ORIPRODUZIONE RISERVATA



“Niente chemio, uso le erbe” muore mamma di 34 anni

Rimini, Alessandra uccisa dal tumore al seno. Era una seguace di Hamer
Il medico: “Le cure l’avrebbero salvata”. La madre: colpa di uno sciamano

“Il marito ha sostenuto la sua scelta. Le dicevo di pensare ai bambini, lei rispondeva: la vita è mia”

DAL NOSTRO INVIATO
ROSARIO DI RAIMONDO

SANTARCANGELO DI ROMAGNA (RIMINI). Perché? Se lo domanda il medico che voleva curarla, e che fino all'ultimo ha visto il suo corpo divorato dalle metastasi. Se lo chiede il marito seduto in prima fila accanto ai bambini, in questa chiesetta soffocata dall'afa, dove a centinaia piangono e stringono un fazzoletto durante i funerali. Lo sussurra chi l'ha conosciuta e amata, mentre guarda il carro funebre sparire oltre la collina.

Alessandra Tosi, 34 anni, moglie e madre di due figli, è morta di cancro due giorni fa. Nel 2012 era stata operata al seno all'ospedale di Santarcangelo, nel Riminese, ma per una completa guarigione avrebbe dovuto seguire un ciclo di chemioterapia. Che ha rifiutato, affidandosi alla medicina alternativa e in particolare al discusso “metodo Hamer”, dal nome dell'ex medico tedesco che l'ha inventato. Una vicenda che ricorda quella di Eleonora, la 18enne di Padova uccisa dalla leucemia. Anche lei, sostenuta dalla sua famiglia, aveva rifiutato le cure tradizionali.

«Sono arrabbiato, è ingiusto, non è quello che avremmo voluto. C'era ancora tanto da fare assieme, ti amiamo», è il messaggio di Enrico, il compagno, letto sull'altare della chiesa di Sant'Ermete da una parente. Sulla bara un grande mazzo di fiori bianchi

e la foto di Alessandra che sorride. All'ingresso in tanti lasciano un'offerta, chi può entra e si siede, molti restano fuori perché non c'è posto. Il lutto ha colpito un paese intero. Un'altra donna, poco dopo, dice ai giornalisti: «Solo la nostra famiglia sa cos'ha passato». C'è rabbia, c'è tristezza.

«Ne è passata di vita, lasciamo che scorra e scorriamo con lei», scriveva Alessandra qualche mese fa. Stava con Enrico da dieci anni, aveva due bimbi di 8 e 10 e amava viaggiare. Suo padre era molto conosciuto perché gestiva una storica birreria di Rimini, Galleria Giulio Cesare, e dopo la sua morte è stata lei a prenderne le redini. In parallelo, la famiglia aveva un ristorante vegano e vegetariano. Quattro anni fa la malattia: tumore al seno, combattuto subito con un'operazione.

«La possibilità di guarigione era del 95% a 5 anni dall'intervento, a patto che facesse la chemio. Ma lei ha rifiutato fin dall'inizio», dice Domenico Samorani, responsabile della Chirurgia del seno dell'ospedale di Santarcangelo. L'uomo che l'ha visitata, operata, vista morire. «Fin da subito sono stato durissimo con lei: o ti curi o muori. “Non voglio la tortura della chemio, preferisco morire di morte naturale”, mi diceva. Aveva paura di perdere i capelli, le unghie, temeva le trasformazioni che il corpo subisce con i farmaci. Nemmeno ricordarle che aveva due figli è servito: “Non mi ricattate, la vita è mia”». Samorani l'ha seguita fino all'ultimo: «Un medico dev'essere una spalla, non un giudice. La famiglia era spaccata: il marito dalla sua parte, la mamma e le zie volevano che si curasse, hanno fatto

una battaglia durissima». Che, quasi sicuramente, non si fermerà qui.

«È venuta a morire nel nostro reparto — riprende il medico —. Fino all'ultimo si faceva portare i miscugli che le consigliava il suo sciamano: “Visto che funzionano?”, diceva». Perché Alessandra, nelle cure tradizionali, non credeva. Scriveva su Facebook: «Le case farmaceutiche non creano cure, ma clienti».

E il suo non è un caso isolato, come dimostra il precedente di Padova. Samorani ne ha visti a decine: «Dalla paziente che pensava di curarsi con le ortiche e la ricotta a quella dimagrita 40 chili. Quella di Alessandra è una sconfitta per tutti. Dobbiamo interrogarci sul perché la nostra società produca queste fragilità». Anche l'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) è categorica: la “terapia” di Hamer, che associa il tumore a un conflitto psichico, «è basata su premesse non scientifiche e ha già provocato la morte di diversi pazienti».

Amava il mare, Alessandra. Al funerale, con voce rotta, qualcuno ha letto il messaggio che ha lasciato ai figli: «Nella vita incontrerete tante onde, non abbiate paura». In una delle ultime foto su Facebook guarda un'enorme distesa blu e scrive: «Looking forward», guardare avanti. Oggi è solo un giorno nero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rifiuta la chemioterapia Muore un'altra donna

Rimini, aveva 34 anni. Il medico: "Poteva salvarsi, fermate questa follia"

il caso

FRANCO GIUBILEI
CORRISPONDENTE DA BOLOGNA

La sfiducia nella medicina tradizionale ha fatto un'altra vittima, è una giovane donna, madre di due bambini, che si è rifiutata di sottoporsi a chemioterapia per un tumore al seno ed è morta dopo essersi curata con decotti di ortica e impacchi di ricotta.

La protagonista della vicenda è una 34enne di Rimini che quattro anni fa venne operata per un cancro alla mammella all'ospedale di Santarcangelo, nel Riminese. Come ha spiegato il chirurgo che eseguì l'intervento, il dottor Domenico Samorani, responsabile del reparto di chirurgia del seno, si trattava di una neoplasia per cui le possibilità di guarigione a cinque anni dall'operazione normalmente sono intorno al 93-95%, a condizione però che la paziente si sottoponga alla chemioterapia. Cosa che la giovane, che all'epoca aveva solo trent'anni, ha escluso fin dal primo momento, nonostante i ripetuti tentativi dei medici di convincerla che la sua scelta l'avrebbe sicuramente portata alla morte.

Lei alla chemio non credeva, era certa che fosse nociva e letale, come disse a Samorani, e così si affidò a un rime-

dio alternativo e naturale che la tenesse al riparo dagli effetti nefasti degli antitumorali. Lo specialista ha raccontato al Resto del Carlino che la donna si era affidata ai rimedi elaborati dal dottor Hamer, il profeta della Germanische Neue Medizin, radiato dall'ordine nell'86 a causa dei suoi rimedi eretici: «So che la paziente seguiva le sue teorie e che faceva impacchi di ricotta e decotti di ortiche».

Ryke Geerd Hamer, autore di una personalissima dottrina medica in base alla quale, in buona sostanza, qualsiasi malattia ha un'origine psichica, è noto anche per essere il padre di Dirk, il ragazzo ucciso a fucilate nel 1978 sull'isola di Cavallo da Vittorio Emanuele di Savoia. Le sue teorie gli hanno attirato addosso serie grane giudiziarie in patria, con una condanna a 19 mesi dopo la morte di tre malati di tumore curati con la sua terapia e altre decine di decessi sospetti. Antisemita convinto, si è rifugiato a Oslo dove ha aperto un centro e un ateneo che porta il suo nome.

Eppure c'è chi continua a credere in lui, come ha fatto fino all'ultimo anche la 34enne morta a Rimini: «È tornata in reparto tre mesi fa perché stava male, abbiamo fatto accertamenti e le metastasi erano in tutto il corpo - aggiunge Samorani -. Le ho proposto la chemio, avevamo ancora qualche possibilità di fermarle, ma

lei ha continuato a rifiutarsi». Si cerca anche una persona che in questi anni avrebbe fatto pressioni su di lei perché non si sottoponesse alla chemioterapia e che avrebbe avuto un ruolo importante nel suo avvicinamento ai metodi di cura alternativi del dottor Hamer. Intanto aumentano i lutti: oltre a Eleonora Bottaro, la 18enne di Padova scomparsa nei giorni scorsi per una leucemia non trattata con le terapie tradizionali, secondo Samorani «sono almeno dieci le donne malate di tumore che negli ultimi tre anni hanno rifiutato radio e chemio: sono tutte morte».

Il medico che ha avuto in cura l'ultima vittima in ordine di tempo, ora lancia un allarme nazionale per una grande mobilitazione della scienza in grado di «fermare questa follia».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

95

per cento
Le possibilità che aveva la donna di superare il cancro

10

casi analoghi
Tanti sarebbero i malati che rifiuta le cure



No alle cure, due morti in pochi giorni

A Rimini lo stesso copione di Padova: la vittima, una donna, rifiutava la chemio

La storia, drammatica e quasi incredibile, si ripete. E a soli tre giorni di distanza un'altra giovane donna – istruita, lucida, in questo caso anche mamma di due bimbi piccoli – muore inseguendo la teoria che le malattie sono la conseguenza di conflitti psicologici, che le medicine e le cure tradizionali non possono fare nulla per salvarci. Inutili i progressi compiuti dalla medicina, nel frattempo, e in particolare dall'oncologia, con una malattia come la leucemia linfoblastica acuta – di cui soffriva la ragazza morta appena qualche giorno fa a Padova – che non solo si può contrastare, ma

nell'80% dei casi può addirittura essere guarita. Disinformazione? Mancanza di fiducia nei dottori? Semplice follia? Ecco riaprirsi il dibattito scientifico sui metodi alternativi, che in Italia – da Di Bella fino al recente caso Stamina-Vannoni, passando per le decine di guru smascherati sul web – hanno sempre trovato facile seguito. «Dobbiamo lavorare di più tutti e investire sull'aspetto culturale» ha detto il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, spiegando che il Belpaese ha «un problema di decadimento della cultura scientifica» di cui un esempio altrettanto drammatico è la campagna contro le vaccinazioni.

SOTTO ACCUSA

Le teorie alternative dello strano "dottor" Hamer

C'è il cosiddetto "metodo Hamer" dietro ai casi delle due vittime morte per aver rifiutato le chemioterapie. Ryke Geerd Hamer è un medico tedesco non più abilitato all'esercizio della professione. È noto per aver elaborato, a partire dal 1981, una medicina alternativa denominata Nuova Medicina Germanica. Sostiene che la genesi di ogni patologia sia dovuta a presunti traumi o conflitti non risolti e propone trattamenti originali, come il contagio volontario con agenti microbici. Le sue teorie alternative, logicamente contraddittorie e scientificamente implausibili in quanto prive di qualsiasi riscontro biologico o clinico, sono state ripetutamente al centro di polemiche poiché hanno causato il decesso di numerosi pazienti che le avevano seguite. Secondo quanto riportato da diverse fonti, sarebbero diversi i decessi attribuiti all'applicazione del "metodo Hamer".



Eleonora, Alessandra e le cure del guru: parla il professor Coppi

Morte dopo aver rifiutato la chemio «È assurdo, ora serve una legge»

MASSI e MALPELO ■ Alle pagine 14 e 15

Morte dopo aver rifiutato la chemio Il giurista: serve subito una legge

Franco Coppi: in casi estremi il magistrato deve poter intervenire



È sacrosanta e l'articolo 32 della Costituzione va rispettato. Però, soprattutto per i minori, serve una maggiore tutela legislativa

Matteo Massi

L'ARTICOLO 32 della Costituzione è granitico. «Nessuno può essere sottoposto a un trattamento sanitario contro la sua volontà, se è capace di intendere e di volere». Ma è proprio quest'ultimo aspetto che apre degli spiragli su un tema quanto mai dibattuto in Italia e che è tornato a rinfocolarsi dopo le morti della studentessa padovana Eleonora Bottaro e di Alessandra Tosi, la giovane madre di Rimini. La chemioterapia avrebbe potuto salvare entrambe, come hanno ricordato gli specialisti, ma entrambe l'hanno rifiutata. Franco Coppi è un principe del Foro. Un giurista che non scalfisce l'articolo 32 della Costituzione ma prova ad andare oltre.

Possibile professore che basta appellarsi all'articolo 32 della Costituzione, anche di fronte all'evidenza o peggio ancora alla morte?

«Io sarei per fare innanzitutto un distinguo, pur riconoscendo che è difficile da superare l'articolo 32 della Costituzione, perché quello dice e quello bisogna rispettare.

Non si può discutere la libertà di scelta di una persona».

Ma il distinguo qual è?

«È chiaro che se un soggetto malato ha la capacità, data dall'età, quindi maggiorenne, e dalle sue condizioni, di poter decidere per se stesso, ci si può fare ben poco. Se dice che non vuole sottoporsi a un determinato trattamento sanitario, bisogna rispettarlo».

C'è un però, vero?

«È diverso invece prendere una persona che non può decidere per sé e obbligarla a un trattamento non convenzionale, pregiudicando la sua stessa esistenza. Chissà poi per quali credenze. Che siano religiose o non, poco importa. Anche perché certe scelte a volte hanno poco di religioso».

Ha seguito i due casi delle due giovani, una studentessa e una madre, che hanno rinunciato alla chemioterapia e che sono morte?

«Sì, li ho seguiti. Leggendo soprattutto e ascoltando le notizie».

E allora, che cosa si potrebbe fare?

«Purtroppo, come dimostra anche il caso di Padova (la giovane aveva da poco compiuto 18 anni, ndr) si corre davvero sul filo della libertà personale. La presunzione che i genitori agiscano nell'interesse del figlio può valere fino a un certo punto; se il figlio è minorenne e se viene obbligato a rinunciare a cure proposte che si rivelano decisive per sconfiggere la malattia, così come accertato dalla comunità scientifica. Quindi, bisogna pensare a interventi autorizzativi, sot-

traendo il paziente a scelte che rischiano davvero di essere folli».

E poi dove si potrebbe intervenire?

«Certo, ci vorrebbe una legge. È una materia ampia che deve essere approfondita. Non si può rimanere in questo stato».

Le è capitato di trovarsi a discutere in aula casi del genere?

«Da difensore no, però prima della riforma del Codice sono stato giovane pm in un processo in cui c'era un medico che proponeva cure non tradizionali. Ma questa è preistoria, anche dal punto di vista della giurisprudenza, rispetto a ora».

Lei ha parlato di legge per i minori che non possono decidere sul trattamento sanitario, e magari lo fanno per loro i genitori che rinunciano alle cure tradizionali. Stesso discorso anche per chi si trova in situazioni in cui non è capace di intendere e di volere?

«Certamente. La situazione è identica anche di fronte a un tutore, che obbliga una persona senza capacità d'intendere e di volere a rifiutare cure che potrebbero salvarle la vita. Non è possibile di fronte a procedimenti che la scienza avalla, e che si rivelano decisivi, abbandonare le persone incapaci di provvedere a se stesse a un destino deciso da altri. D'altronde non dimentichiamoci che il codice penale ammette la legittima difesa da parte di un terzo, per un soggetto che si trova in difficoltà. Non si vede perché non si debba intervenire su una materia così delicata e vitale».





La vicenda

La malattia

Eleonora Bottaro (foto), 18 anni, è morta a Padova stroncata dalla leucemia. Prima i genitori (quando la ragazza era minorenne) poi lei stessa al raggiungimento della maggiore età, avevano rifiutato le cure proposte dai medici attraverso la chemioterapia. I genitori e la ragazza avevano deciso di seguire il metodo Hamer



L'indagine

La procura della Repubblica di Padova ha deciso di aprire un'inchiesta sulla morte di Eleonora. Si tratta, per il momento, di un fascicolo 'atti relativi' senza ipotesi di reato e indagati. Ryke Hamer, medico tedesco, è stato radiato dall'ordine per le sue teorie sulla medicina alternativa. Dal 2007 vive in Norvegia

La tragedia

Una donna di 34 anni, madre di due bambini, muore a Rimini a causa di un tumore al seno. Operata quattro anni fa, aveva scelto di seguire le terapie di Hamer. Inutili tutti i tentativi da parte dei medici di convincerla che, sottoponendosi a cicli di chemioterapia, la possibilità di guarigione sarebbe stata del 93-95% a 5 anni dall'intervento



Chi è

Principe del Foro ed ex professore

Franco Coppi è nato a Tripoli nel 1938. Giurista, ex professore di diritto penale alla Sapienza, è considerato uno dei più importanti avvocati penalisti italiani. Ha difeso personaggi famosi, tra cui Andreotti.

ALLERTA PER IL «CRIMEA CONGO»

Due morti in Spagna per un virus simil-Ebola

TIMORI IMMIGRAZIONE

Focolai della malattia
in Mauritania e Sudan:
283 sotto osservazione

Luigi Guelpa

■ Ebola nel cuore dell'Europa? In Spagna è scattato l'allarme. «Non è forse corretto creare eccessivo allarmismo, ma si impone lo stato d'allerta. Siamo di fronte ad alcuni contagi sospetti e pericolosi. La provenienza? Le probabilità che sia l'Africa sono molto elevate. Resta da capire se dobbiamo fare i conti con viaggiatori in zone extra Europa o immigrati. Comunque il virus è stato importato». Il ministro ad interim della Sanità Fatima Banez non esclude alcuna pista sull'epidemia di «Crimea-Congo» che a Madrid ha provocato due morti, due contagi e costretto le autorità sanitarie a tenere sotto osservazione altre 283 persone.

Si tratta di un'infezione emorragica della famiglia dell'Ebola, il terribile virus che nella sua ultima comparsa del 2014 ha provocato in Africa, con alcuni casi in Europa e Stati Uniti, circa diecimila morti. I sintomi della malattia sono più o meno gli stessi: febbre alta, perdite di sangue dagli orifici e dagli organi interni, piaghe sul corpo, fino al decesso per complicazioni polmonari. Il periodo di incubazione è di circa 3-4 giorni e la catena infettiva (la trasmissione tra animale e uomo) è mantenuta da animali selvatici, come i rodito-

ri, oppure dagli insetti, come le zecche, che costituiscono il serbatoio e la fonte di nutrimento principale del virus.

Il primo decesso risale allo scorso 25 agosto: si tratta di un uomo di 62 anni originario di Avila, città a 100 km a ovest della capitale. Una volta emersa la gravità dell'infezione, il paziente è stato trasportato e posto in isolamento al centro di malattie infettive dell'ospedale «Gomez Ulla di Madrid, dove poi è deceduto. Mentre all'altro ospedale madrileni, il «Carlos III», ha perso la vita l'infermiera che ad Avila gli aveva prestato le prime cure. Secondo indiscrezioni tra i 283 pazienti in osservazione ci sarebbero almeno una ventina tra medici e infermieri. Due di loro si troverebbero a Barcellona, dove un campione del virus era stato inviato per essere sottoposto ad analisi nel nosocomio «Sant Joan de Deu». Altre situazioni sospette si segnalano a Toledo, Valladolid e Guadalajara.

Mentre per Ebola le terre maggiormente martoriato furono Liberia, Guinea e Sierra Leone, nel caso di Crimea-Congo le zone colpite nei primi sei mesi del 2016 sono state Sudan e Mauritania, nazioni purtroppo interessate dalle rotte di migrazione verso il Mediterraneo. Angel Gil, portavoce della direzione generale del ministero della Salute, ha spiegato ieri che «sono stati avviati contatti con le autorità sanitarie di tutti i paesi dell'Ue per verificare se ci siano casi analoghi».





Le virtù delle cellule staminali sotto controllo fuori dall'organismo

Le cellule staminali, capaci di trasformarsi in altri tipi di cellule, sono responsabili della crescita e della funzionalità di organi e tessuti nel corpo umano. Molte ricerche sono in corso per il loro utilizzo nella terapia cellulare. Studi recenti pubblicati sulla rivista «Nature» hanno dimostrato che il mantenimento della staminalità di queste cellule dipende in modo fondamentale dall'organizzazione spaziale in cui sono conservate nelle nicchie anatomiche che le ospitano all'interno del corpo umano. Infatti, oltre che dai segnali biochimici, la staminalità dipende anche dalla relazione tra l'architettura delle nicchie e gli sforzi che si generano nelle cellule che si contraggono quando aderiscono alla nicchia. Queste conoscenze sono alla base di un progetto del Politecnico di Milano, finanziato dal Consiglio europeo delle ricerche e coordinato da Manuela T. Raimondi, basato sull'idea di costruire dei contenitori miniaturizzati di dimensioni micrometriche, detti appunto «nicchioidi», per controllare la funzionalità delle cellule staminali. L'obiettivo del progetto, iniziato da circa un anno, è riuscire a controllare le funzionalità delle cellule staminali mesenchimali, cioè le cellule responsabili della rigenerazione continua dei tessuti muscolo-scheletrici, mantenendo la loro staminalità al di fuori dell'organismo. Le cellule così trattate, e i composti che producono, si potranno utilizzare come farmaci per la rigenerazione di tessuti danneggiati, come quello osseo e cartilagineo, oppure al posto dei farmaci, per evitare il rigetto nel trapianto d'organo, grazie alla loro specifica capacità immunosoppressiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il racconto. La vita della suora
spesa a fianco dei più deboli
Al via la cura per la malattia

“Vaccino anti-lebbra” E in India si avvera il sogno della santa

RAIMONDO BULTRINI

BANGKOK. «Chi è Cristo per me? È il lebbroso a cui lavo le ferite». Così, durante una delle sue meditazioni pubbliche, Madre Teresa spiegò negli anni '40 alle prime Missionarie della Carità il cuore del principio di compassione cristiana che l'ha portata oggi al riconoscimento di una vita di santità.

Erano gli anni che precedettero la grande partizione dell'India, quando le strade e le case di Calcutta e delle campagne bengalesi erano piene di cadaveri delle vittime di una delle più grandi carestie della storia, seguita dalle sanguinose faide tra hindu e musulmani che culminarono nella creazione dello stato islamico del Pakistan nel 1947. L'orrore e lo sconcerto provati all'inizio dalla suorina albanese andata in India a insegnare storia e catechismo, saranno le prime tappe emotive del lungo viaggio della futura santa nell'inferno di un Paese dalle mille emergenze, e di una metropoli come Calcutta che di lì a poco diventerà anche il rifugio per milioni di profughi dal Bangladesh affamati e malati.

Nelle condizioni igieniche di quegli anni, la lebbra era un'epidemia apparentemente indomabile, fonte di stigma sociale e abbandono, vista la riluttanza degli hindu a sfiorare ogni persona con i segni visibili di una malattia che deforma il volto e gli arti, rende pezzi del corpo insensibili e porta spesso alla cecità, e per di più considerata una punizione per i peccati delle vite passate. Madre Tere-

sa girava per le strade della ex capitale della British India raccogliendo chiunque, senza curarsi se era pieno di escrementi o di pus, se avesse la lebbra o la tubercolosi.

Una delle critiche sollevate contro di lei è legata proprio alla mancanza di igiene e di separazione tra gli ammalati compresi quelli contagiosi, oltre alle accuse per aver accettato denaro anche dai dittatori e servito le mire del Vaticano di convertire l'India.

Ma furono proprio le famiglie induiste a offrire alla suora la celebre Casa dei morenti Nirmal Hriday (“Luogo del cuore immacolato”) nell'agosto del 1952. Era un edificio nel cuore di uno dei luoghi più sacri e mistici dell'India, dedicato alla potente divinità Kali. I proprietari avevano deciso di donarglielo dopo aver visto con i propri occhi il lavoro quotidiano della “Madre” e delle centinaia di suorine che nei vicoli delle città e nei sentieri di campagna prelevavano i corpi dei moribondi e dei lebbrosi che nessuno di loro osava toccare.

Dopo i centri di accoglienza e gli orfanotrofi, la suora albanese costruì il suo primo lebbrosario negli anni '60, visti gli ostacoli di far accettare alla società indiana l'idea di una integrazione dei malati che ancora oggi subiscono lo stigma e le discriminazioni delle leggi indiane.

Ma nonostante tutto, lo speciale rapporto degli indiani verso Madre Teresa sembra testimoniato dalla coincidenza della santificazione con l'inizio di

una nuova campagna nazionale di vaccinazione per la lebbra che utilizza un nuovo prodotto made in India, il *Mycobacterium indicus pranii*, destinato a debellare, stavolta definitivamente, questo male che ancora colpisce nel mondo quasi 200mila nuovi soggetti all'anno, dei quali oltre il 60 per cento — 125mila — nel grande Continente, e gli altri distribuiti soprattutto in Africa e Sudamerica.

Il “Mip” prende il nome dalla specie indigena di un microbatterio capace di rinforzare specifiche difese immunitarie, isolato anni fa dal direttore dell'Istituto indiano di Immunologia Pran Talwar. La lebbra non era più considerata un'emergenza sanitaria nazionale dell'India dal 2005, quando l'uso dei moderni cocktail di antibiotici aveva ridotto i casi a meno di uno ogni 10mila abitanti. Ma nei trent'anni di loro utilizzo massiccio, il bacillo ha sviluppato una progressiva resistenza ai farmaci e senza la scoperta del vaccino le conseguenze potevano essere disastrose.

La sua somministrazione comincerà a giorni in due Stati indiani, il Gujarat e il Bihar, per proseguire in altri 163 distretti a rischio e poi ovunque, con l'ambizione di ridurre del 60 per cento il contagio nei prossimi tre anni.

Un obiettivo che Madre Teresa non poteva forse nemmeno immaginare quando i malati erano ancora 15 milioni, e non pochi morivano ogni giorno tra le sue braccia.

CRIPRODUZIONE RISERVATA



04 SETTEMBRE 2016

Nomine Direttori generali Asl. Al via l'elenco nazionale. In Gazzetta decreto con nuove norme

Publicato il dlgs che recepisce quanto previsto dall'art. 11 della Legge delega Madia che disciplina il conferimento degli incarichi per i direttori generali, sanitari, amministrativi e socio sanitari di Asl e Aziende ospedaliere e universitarie. La scelta dei DG avverrà solo tra quelli inseriti in un apposito elenco nazionale. [IL TESTO](#)

Arriva in Gazzetta Ufficiale il dlgs previsto dall'art. 11 della Legge delega Madia che disciplina il conferimento degli incarichi per i direttori generali, sanitari, amministrativi e socio sanitari di Asl e Aziende ospedaliere e universitarie.

La principale novità è la costituzione di un elenco nazionale, presso il Ministero della Salute, dei soggetti idonei a ricoprire l'incarico di direttore generale delle Asl, Ao e degli altri enti del Ssn, policlinici universitari compresi. Definite anche le disposizioni per il conferimento degli incarichi e prevista la decadenza da direttore generale in caso di gravi disavanzi, per violazioni di legge o per il mancato rispetto delle norme in materia di trasparenza. Nuove misure, poi, anche per il conferimento degli incarichi di direttore sanitario, amministrativo e socio sanitario. Il testo entrerà in vigore il 18 settembre 2016.

Ecco il provvedimento nel dettaglio:

L'articolo 1 disciplina l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. L'elenco, istituito presso il Ministero della Salute, dovrà essere aggiornato con cadenza biennale. Sempre ogni due anni, per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, verrà nominata una Commissione composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, di cui due designati dal Ministro della salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza Stato Regioni. I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco. La commissione dovrà procedere alla formazione dell'elenco nazionale entro 120 giorni dalla data di insediamento. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: a) diploma di laurea; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; C) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97

L'articolo 2 riguarda poi le disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale. Qui viene innanzitutto precisato che le Regioni potranno procedere a nominare direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, procederà poi a una valutazione per titoli e colloquio dei candidati, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. A quel punto verrà proposta al Presidente della regione una terna di candidati nell'ambito dei quali verrà scelto quello che

presenta i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nel decreto viene inoltre specificato che, nella terna proposta, non potranno essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la stessa azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera o ente del Servizio sanitario nazionale.

All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni dovranno definire e assegnare, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino. La durata dell'incarico di direttore generale non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario verrà scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale. Per assicurare l'omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, verranno definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività.

Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro sessanta giorni, dovrà verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, dichiarare la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto. L'immediata decadenza del direttore generale potrà avvenire, inoltre, in caso di gravi e comprovati motivi o nel caso in cui la gestione dovesse presentare una situazione di grave disavanzo o ancora in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché per violazione degli obblighi in materia di trasparenza. I provvedimenti di decadenza dovranno essere comunicati al Ministero della salute per la cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico.

L'articolo 3 specifica che quanto previsto agli articoli 1 e 2 si applica anche alle aziende ospedaliere universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

Si passa poi all'articolo 4 che disciplina le disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. Per la scelta la commissione dovrà valutare i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. Anche in questo caso l'elenco regionale sarà aggiornato con cadenza biennale, e l'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi socio sanitari non potrà avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

L'articolo 5 sottolinea come il conferimento di questi incarichi sia incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Fino all'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali, come spiegato dalle disposizioni transitorie contenute nell'articolo 6, si continueranno ad applicare le misure tutt'ora vigenti.

All'articolo 7 si precisa le disposizioni contenute nel decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome secondo le procedure previste dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione.

L'articolo 8 spiega che la partecipazione alla Commissione nazionale e alle Commissioni regionali saranno a titolo gratuito.

Infine, all'articolo 9, vengono esplicitate le abrogazioni normative previste dopo l'entrata in vigore delle norme contenute nel decreto. [Ecco il provvedimento nel dettaglio:](#)

L'articolo 1 disciplina l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. L'elenco, istituito presso il Ministero della Salute, dovrà essere aggiornato con cadenza biennale. Sempre ogni due anni, per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, verrà nominata una Commissione composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, di cui due designati dal Ministro della salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza Stato Regioni. I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco. La

commissione dovrà procedere alla formazione dell'elenco nazionale entro 120 giorni dalla data di insediamento. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: a) diploma di laurea; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; C) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97

L'articolo 2 riguarda poi le disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale. Qui viene innanzitutto precisato che le Regioni potranno procedere a nominare direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, procederà poi a una valutazione per titoli e colloquio dei candidati, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. A quel punto verrà proposta al Presidente della regione una terna di candidati nell'ambito dei quali verrà scelto quello che presenta i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nel decreto viene inoltre specificato che, nella terna proposta, non potranno essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la stessa azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera o ente del Servizio sanitario nazionale.

All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni dovranno definire e assegnare, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino. La durata dell'incarico di direttore generale non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario verrà scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale. Per assicurare l'omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, verranno definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività.

Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro sessanta giorni, dovrà verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, dichiarare la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto. L'immediata decadenza del direttore generale potrà avvenire, inoltre, in caso di gravi e comprovati motivi o nel caso in cui la gestione dovesse presentare una situazione di grave disavanzo o ancora in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché per violazione degli obblighi in materia di trasparenza. I provvedimenti di decadenza dovranno essere comunicati al Ministero della salute per la cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico.

L'articolo 3 specifica che quanto previsto agli articoli 1 e 2 si applica anche alle aziende ospedaliere universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

Si passa poi all'articolo 4 che disciplina le disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. Per la scelta la commissione dovrà valutare i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. Anche in questo caso l'elenco regionale sarà aggiornato con cadenza biennale, e l'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi socio sanitari non potrà avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

L'articolo 5 sottolinea come il conferimento di questi incarichi sia incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Fino all'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali, come spiegato dalle disposizioni transitorie contenute nell'articolo 6, si continueranno ad applicare le misure tutt'ora vigenti.

All'articolo 7 si precisa le disposizioni contenute nel decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome secondo le procedure previste dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione.

L'articolo 8 spiega che la partecipazione alla Commissione nazionale e alle Commissioni regionali saranno a titolo gratuito.

Infine, all'articolo 9, vengono esplicitate le abrogazioni normative previste dopo l'entrata in vigore delle norme contenute nel decreto.

Gran Bretagna. La Sanità al «risparmio»: sala operatoria negata a obesi e fumatori

LONDRA

A obesi e fumatori saranno negate le operazioni chirurgiche non essenziali per almeno un anno. Lo ha deciso la Sanità britannica con una mossa criticata e giudicata discriminatoria da diversi enti di carità. Una scelta che però, per i vertici del sistema sanitario nazionale, è assolutamente essenziale per risparmiare i fondi di un servizio sempre più in crisi.

«È una delle decisioni più gravi – ha commentato ieri un portavoce del Royal College of Surgeons – mai prese dal sistema sanitario». Le restrizioni, che riguardano soprattutto operazioni al ginocchio e all'anca, saranno applicate a quei pazienti la cui massa corporea supera del trenta per cento il valore "normale". Se dopo un anno questi saranno riusciti a perdere il dieci per cento del peso saranno accettati in sala operatoria. Chiaramente il bando, ha spiegato ieri un portavoce della Sanità, non riguarda quei fumatori e obesi che devono essere operati d'urgenza per condizioni che mettono a rischio la loro vita, ma è comunque «estremamente preoccupante», ha rimarcato Shaw Somers, un chirurgo dell'ospedale di Portsmouth.

«L'iniziativa – ha aggiunto – è discriminatoria. L'obesità è una malattia e le persone che ne soffrono non si svegliano la mattina chiedendosi come fare a rimanere grassi. Negare a queste persone operazioni perché sono obese senza offrire cure efficaci che le aiutino a perdere peso è come discriminare una parte della popolazione in base al colore della pelle o della religione». Nel 2014, l'ultimo anno "censito", erano sei milioni e 800mila gli uomini obesi e sette milioni e 700mila le donne eccessivamente sovrappeso del Regno Unito.

Elisabetta Del Soldato

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Gb, "Niente operazioni chirurgiche per i pazienti obesi". Ma il provvedimento 'discriminatorio' viene sospeso

Negli ospedali pubblici del North Yorkshire le persone in sovrappeso e i fumatori hanno rischiato di ritrovarsi fuori dalle liste di attesa e di dover aspettare 1 anno per interventi non urgenti. Il National health service: "Dobbiamo ridurre i costi sanitari"

di VALERIA PINI



NIENTE operazioni chirurgiche ai pazienti obesi. Un provvedimento preso dalle autorità sanitarie del North Yorkshire, nel Regno Unito, per risanare i costi della sanità, che ha scatenato una bufera. Negli ospedali pubblici del North Yorkshire le persone in [sovrappeso](#) hanno rischiato di vedersi rifiutare un intervento e di dover attendere per un anno. Una decisione presa perché, come spiegano alla *Bbc on line* i funzionari della [Vale of York Clinical Commissioning Group](#), i sistemi sanitari locali dell'*National health service* (Nhs) sono in difficoltà e sotto "pressione". Di soldi ce ne sono sempre meno e per questo l'idea era quella di dare priorità ai sani. Ma la nuova regola, attaccata da più parti e giudicata discriminatoria, è durata pochissimo ed è stata sospesa .

Nel mirino anche chi fuma. Il provvedimento non si sarebbe applicato in casi in cui sarebbe stata a

rischio la vita. Ma poteva essere proibita, ad esempio, un'operazione all'anca o al ginocchio, ai pazienti [obesi](#), persone con un indice di massa corporea dai 30 in su. L'unico modo per rimediare sarebbe stato quello di mettersi a dieta. Perdendo il 10% del proprio peso corporeo, sarebbe stato possibile essere riammessi nella lista dei pazienti da operare entro un anno. Una regola che doveva essere applicata anche ai fumatori. Prima della sospensione l'Nhs nazionale, l'equivalente del nostro Sistema sanitario nazionale, aveva ricordato che "ridurre l'obesità e tagliare il numero di fumatori non fa solo bene ai singoli individui, ma fa risparmiare all'Nhs e ai cittadini che pagano le tasse milioni di pounds". Un provvedimento, aveva aggiunto l'Nhs, necessario perché i servizi sanitari devono affrontare troppe richieste rispetto alle loro risorse.

La polemica. Le polemiche, su un tema così delicato, non si sono fatte attendere. E alla fine l'Nhs ha dovuto fare marcia indietro. Perché in ballo c'era il tema della discriminazione delle persone sovrappeso. Già da tempo alcune compagnie aeree impongono ai passeggeri obesi di acquistare due sedili attigui, mentre non impongono la stessa regola alle donne incinta o a persone con sedie a rotelle. Scelte già criticate, ma questa volta le condanne sono state ancora più pesanti perché il provvedimento è stato preso da un ente pubblico.

"Una discriminazione". La scelta dell'Nhs sembra essere: "se non ti prendi cura della tua salute, noi non lo faremo al posto tuo". Una soluzione drastica che non è piaciuta ed è apparsa discriminatoria nei confronti degli obesi che in realtà sono affetti da una patologia molto seria. "L'obesità è una malattia, questi pazienti non si svegliano la mattina chiedendosi: 'Come posso continuare a essere grasso anche oggi?' - ha spiegato Shaw Somers, chirurgo di Portsmouth, intervistato da *Today programme* - . Nella maggior parte dei casi queste persone cercano di dimagrire. Non si possono imporre queste restrizioni senza offrire loro un programma per perdere peso. Un provvedimento di questo tipo è discriminatorio".

I divieti. Nel Regno Unito 6,8 milioni di uomini sono obesi e 7,7 di donne (dati del 2014) e l'Nhs spende molto per affrontare il problema. Secondo il *Royal college of surgeons* (Rcs) queste misure sono "le più severe mai prese dall'Nhs". "I fumatori e le persone in sovrappeso devono senza dubbio essere aiutati a smettere di fumare o a dimagrire prima di un intervento chirurgico per la loro salute generale - commentano gli esperti del *Royal college of surgeons*-. Vorremmo sostenere ogni tentativo che spinga i pazienti a perdere peso o ad abbandonare il fumo, ma l'introduzione di divieti non è la strada giusta per spingerli a cambiare vita. Ritardare l'accesso a un intervento chirurgico per un massimo di un anno non è una soluzione". Proteste che alla fine hanno spinto l'Nhs a ripensarci e a sospendere il provvedimento preso nel North Yorkshire.

In Francia tassa sul 'cibo spazzatura'. Il [problema dell'obesità](#) è ormai un'emergenza globale. Se in Gran Bretagna si punta a colpire chi è già obeso, in Francia il ministero dell'Economia e Finanze ha pensato a una tassa sul [cibo spazzatura](#), con la previsione di un aumento delle imposte rispetto alla qualità del cibo e alla quantità di calorie. Il 15% dei francesi sarebbe obeso e il problema dei chili di troppo è arrivato a coinvolgere poco meno della metà della popolazione. Un fenomeno, quello del peso in eccesso, che, secondo il rapporto, assorbe il 56% delle spese sanitarie territoriali, senza contare i costi ospedalieri. Un peso economico notevole e crescente, legato per esempio alle spese per diabete e ipertensione.

[LEGGI "Non date zucchero ai vostri bambini": vietati fino ai 2 anni dolci e bibite gasate](#) di ELENA

DUSI

Calorie costose. L'idea è di elevare la tassa sul valore aggiunto (Tva in Francia) al suo limite massimo (il 20%) su alcuni prodotti alimentari, oggi tassati al 5,5%, legando la tassazione alla quantità di calorie e alla qualità nutrizionale. Purtroppo però, secondo le voci critiche, la misura rischia di pesare fortemente sulle tasche dei più poveri e per questo il Tesoro sta studiando misure di bilanciamento fiscale.

Idee 'salvapeso'. Il rapporto ministeriale, inoltre, propone anche altre idee 'salvapeso' come: la riduzione delle porzioni nelle mense, una più stretta regolamentazione

della pubblicità che riguarda i bambini, il divieto di distributori di alimenti con vetrine trasparenti.

L'iniziativa ministeriale non è nuova per la Francia che negli anni scorsi aveva introdotto una tassa sulle bibite zuccherate.

NEL CRICK INSTITUTE, LA FRONTIERA DEI FARMACI

Quei mille scienziati che a Londra inventano le nuove medicine

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

È L'HANGAR di un aeroporto? Un'astronave? Uno stadio futuristico? Visto da fuori, il Francis Crick Institute sembra una forma aliena planata misteriosamente a Londra, dietro la British Library e di fianco a St. Pancras, la stazione da cui parte l'Eurostar, il treno che in due ore porta a Parigi. Visto da dentro, dà l'impressione di un mondo nuovo: come avventurarsi in un'odissea nello spazio.

A PAGINA 21

Aprire a Londra il Francis Crick Institute per la biomedica. Dal cancro ai disturbi cardiaci la sfida di studiosi di tutto il mondo per combattere le malattie e creare nuovi farmaci

Nel centro di ricerca più grande d'Europa "Mille scienziati per le cure del futuro"

Una struttura avveniristica costata 660 milioni di sterline e undici anni di lavoro

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA. È l'hangar di un aeroporto? Un'astronave? Uno stadio futuristico? Visto da fuori, il Francis Crick Institute sembra una forma aliena planata misteriosamente a Londra, dietro la British Library e di fianco a St. Pancras, la stazione da cui parte l'Eurostar, il treno che in due ore porta a Parigi. Visto da dentro, dà l'impressione di un mondo nuovo: come avventurarsi in un'odissea nello spazio, solo che lo spazio in questione è quello della scienza. Niente pareti, niente muri, soltanto vetrate e una grande vasca comune di open space, «per facilitare lo scambio di idee e farne na-

scere di nuove», spiega Jonathan Wood, il media manager dell'istituto, che mi accompagna nella visita al più grande centro di ricerca biomedica d'Europa. D'Europa? Ebbene sì, la Gran Bretagna è ancora in Europa, geograficamente parlando, anche se in giugno ha votato per uscire dall'Ue. «Perderemo 4-5 milioni di sterline l'anno di finanziamenti che sarebbero venuti dalla Ue e speravamo che quella cifra sarebbe cresciuta», dice Wood, «ma sono una piccola parte del nostro budget di 130 milioni di sterline l'anno. E comunque ci sono tanti europei fra gli scienziati del Crick. Il nostro obiettivo è aprire le frontiere della conoscenza, non tenerle separate, e per realizzarlo dobbiamo attirare le menti migliori, da qualunque paese».

Non per nulla l'avveniristica costruzione in cui ci troviamo prende il nome da uno degli co-scopritori del Dna, il biologo britannico Francis Crick, che condivise nel 1962 il Nobel con Ja-

mes Watson e Maurice Wilkins; ed è diretto da un altro premio Nobel, Paul Nurse, eminente genetista, ex-presidente della Royal Society. Il cui ufficio, al secondo piano, è una gabbietta di vetro di due metri per quattro, grande esattamente quanto quello della sua segretaria e di ogni altro dei mille e più scienziati alle sue dipendenze. Eguaglianza e trasparenza: le due formule su cui si regge questo edificio di dodici piani, otto sopra il livello del suolo, quattro sotto, grande come due campi da calcio, per un totale di 80mila metri quadri. Gli



architetti di Hok e Plp, due degli studi più famosi del pianeta, lo hanno disegnato (a un costo di 660 milioni di sterline) secondo la struttura del cromosomo: un impianto centrale e quattro arti, due lunghi, due corti. Perfino gli ascensori sono scientifici: i tasti sono all'esterno, una volta entrati è il lift che prende il comando e sa dove portarti.

In un certo senso il Crick è l'evoluzione darwiniana della ricerca: nato non a caso nel paese che ne è stato l'avanguardia e la guida, quando fra Impero britannico e rivoluzione industriale era la prima superpotenza mondiale. Viene dall'unione fra le forze dei principali centri di ricerca britannici, Medical Research Council, Cancer Research Uk, Wellcome Trust, e tre prestigiose università londinesi, Ucl, Imperial College, King's College, più un partner dell'industria farmaceutica, Glaxosmithkline. Ci sono voluti undici anni dall'idea originale al progetto ultimato. Nel fratem-

po sono cambiate molte cose, a Londra un governo conservatore ha sostituito quello laburista e il Regno Unito ha deciso di divorziare dalla Ue. Ma non è cambiato lo spirito dell'iniziativa. «La Gran Bretagna è una grande nazione scientifica», afferma il suo direttore Paul Nurse, «e il Crick è il simbolo di una scienza aperta a tutti».

Non solo agli scienziati: le porte dell'istituto saranno aperte anche al pubblico, nel grande spazio-café al pianterreno, alle scolaresche, in un'ala chiamata Discovery (Scoperta), a mostre, letture e simposi, contribuendo a rivitalizzare quello che era un quartiere negletto e sta diventando una delle nuove gemme di Londra. Lo scopo principale, naturalmente, è la ricerca: «Comprendere meglio i misteri del corpo umano, sperimentare farmaci migliori», riassume la mia guida Wood. L'intento è trovare nuovi modi per curare cancro, disturbi cardiaci, infezioni e malattie

neurologiche. L'istituto definisce il suo programma come l'esplorazione di «sette grandi interrogativi scientifici»: in che modo un organismo vivente acquista le sue funzioni? Come si mantiene la salute durante l'invecchiamento? Come si diffondono i tumori e come rispondono alle terapie? In che modo il sistema immunitario sa come e quando reagire? Come funzionano i microbi? E in che modo raccoglie informazioni il sistema nervoso? Dalle pareti di vetro dell'ultimo piano, da cui si gode una magnifica vista di Londra, pare di intravedere le risposte. Ma è nei sotterranei che si cercano concretamente, dove la dottoressa Raffaella Carzaniga, milanese di nascita, da venticinque anni in Inghilterra, insegna a un dottorando la colorazione negativa di una proteina su un enorme microscopio alto due metri. Verso l'infinito e oltre: l'odissea del Crick è appena iniziata. Chissà dove ci porterà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il più grande centro biomedico d'Europa

Si trova dietro la stazione di St Pancras



130 milioni di sterline

il budget complessivo annuale a disposizione dell'istituto



4-5 milioni di sterline

i finanziamenti che il Francis Crick Institute non riceverà più dopo l'uscita della Gran Bretagna dall'Unione Europea

80 mila metri quadrati l'area in cui sorge l'edificio

- 12 piani di cui 4 sotterranei
- ha la forma di un cromosoma ed è grande quanto due campi da calcio



660 milioni di sterline

il costo del progetto

intitolato a Francis Crick, il biologo britannico **co-scopritore del Dna**. Fu premio Nobel nel 1962



© RIPRODUZIONE RISERVATA