



RASSEGNA STAMPA

14-10-2016

1. REPUBBLICA.IT "La ricerca va stretta ai pazienti, ma possono cambiarla"
2. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro al polmone. La depressione incide sull'aspettativa di vita
3. DOCTOR33 Esmo: domina l'immunoncologia. Ecco le principali novità
4. CORRIERE.IT Prostata: sono ancora troppi i tumori non «pericolosi» che vengono curati
5. ASKA NEWS Sconfiggere il cancro e i sintomi della chemio grazie alla Boxe
6. STAMPA Manovra, tagli per 5 miliardi e deficit al 2,2%
7. STAMPA Stretta sulla sanità, ira delle Regioni "I farmaci innovativi sono a rischio"
8. SOLE 24 ORE Sul fondo sanitario balla ancora 1 miliardo
9. REPUBBLICA Manovra, spunta il "premio mamma-domani"
10. IL FATTO QUOTIDIANO Ecco la manovra: tagliati i fondi al sistema sanitario
11. STAMPA Bimbo salvato dal tumore il suo nuovo femore creato dall'omero di un donatore
12. SOLE 24 ORE Individuare il virus che causa il cancro
13. AGI Fumo: in Italia un bimbo su 5 cresce in casa "no smoke free"
14. TEMPO Eutanasia per i vecchi stanchi di vivere
15. MATTINO Olanda choc, eutanasia senza malattia
16. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Renzi: «I bambini vanno vaccinati» Asili, scontro tra Boschi e le Regioni
17. SECOLO XIX GENOVA Influenza, laureato e benestante: ecco l'identikit di chi non si vaccina
18. LIBERO QUOTIDIANO Arriva già l'influenza: la portano gli immigrati
19. LIBERO QUOTIDIANO Siamo il paradiso degli ottantenni: +30% in dieci anni
20. LA VERITA' Non possiamo vivere più di 122 anni È scritto nel nostro orologio biologico

<http://la.repubblica.it/salute>

"La ricerca va stretta ai pazienti, ma possono cambiarla"

Al Congresso europeo di oncologia che si è da poco concluso c'erano anche loro. Che rivendicano il ruolo di primo piano

di TIZIANA MORICONI



Spesso la ricerca va stretta ai pazienti **COPENAGHEN** - Tra lo stuolo di persone che hanno lasciato Copenaghen, dove si è da poco concluso il Congresso europeo di oncologia ([Esmo](#)), ci sono anche loro, i pazienti. *"From disease treatment to patient care"* era il sottotitolo di questa edizione del convegno, e loro erano lì, a far sentire la propria voce. Non come consumatori di farmaci, ma come stakeholder dei sistemi sanitari, sempre più coscienti del ruolo che possono avere in tutta la filiera che dalla ricerca accademica e industriale porta alla produzione e alla registrazione di una terapia, passando per il disegno degli studi clinici.

Le disease based community si organizzano. "Spesso la ricerca va stretta ai pazienti. Loro però hanno la possibilità di indirizzarla" dice **Bettina Ryll**, presidente dell'Esmo Patient Advocates Working Group e fondatrice del network europeo di pazienti con [melanoma](#): "Chi ha una malattia è portatore di un'informazione che nessun altro stakeholder (*ndr portatore di interesse*) possiede e che potrebbe far progredire la scienza più velocemente e meglio: la sfida è capire come integrare questa conoscenza nel sistema. Ma se nella politica e nella medicina è semplice individuare gli opinion leader, orientarsi tra i gruppi di pazienti è molto difficile. A chi chiedere? Cosa? Come? Le *disease based community* non sono

ancora ben organizzate e non abbiamo gli strumenti adeguati per mettere a frutto la loro expertise, ma c'è una forte presa di coscienza e ci stiamo muovendo”.

Il coinvolgimento dei pazienti negli studi clinici. “Ci sono tentativi abbastanza seri di coinvolgere i pazienti nei gruppi di ricerca accademica e anche in quella industriale, sebbene sia difficile dire fino a che punto oggi questi partecipino al disegno degli studi clinici” spiega **Paolo Casali** dell'Irccs Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e coordinatore della [Rete Tumori Rari](#): “Oggi i meccanismi di coinvolgimento sono informali, mentre sarebbe importante formalizzare le disease based community affinché possano dare delle indicazioni per la ricerca simili a quelli che forniscono gli enti regolatori. Questi ultimi hanno una enorme influenza nell'indirizzare gli studi clinici delle aziende, ma sono focalizzati più sui farmaci che non sulle problematiche delle malattie”.

Un processo lungo e complesso. I risultati di un sondaggio dell'Agenzia europea per i medicinali (Ema) mostrano, per esempio, che gli enti regolatori tendono a essere più avversi ai rischi di quanto non lo siano i pazienti, soprattutto quando la malattia è rara. Attualmente la stessa Ema sta cercando di comprendere come i pazienti, pur nella loro diversità, valutano i rischi e i benefici delle terapie: lavora con gruppi di persone con melanoma, mieloma e cordoma (particolari forme di sarcoma) proprio per capire come riflettere le preferenze individuali su temi come [l'aumento di sopravvivenza](#) dato da un farmaco o la riduzione della tossicità. “Sono ottimista – conclude Ryll – ma dobbiamo abbandonare la visione naïf che abbiamo avuto fino ad ora: non è l'informazione portata dal singolo paziente che potrà influenzare lo sviluppo dei farmaci e la ricerca. Sarà un processo lungo e complesso”.

Giovedì 13 OTTOBRE 2016

Cancro al polmone. La depressione incide sull'aspettativa di vita

Quando tali sintomi si riducono, la sopravvivenza tende ad aumentare.

“Sorprendentemente, nel nostro studio la remissione della depressione è risultata legata a un beneficio in termini di mortalità. Chi guariva dalla depressione presentava la stessa percentuale di mortalità dei pazienti che non erano mai stati depressi”, ha affermato l'autore principale, Donald R. Sullivan, della Oregon Health and Science University di Portland.

(Reuters Health) – Secondo un nuovo studio statunitense, il peggioramento dei sintomi depressivi è associato a una sopravvivenza più breve nei pazienti con tumore al polmone. Quando tali sintomi si riducono, la sopravvivenza tende ad aumentare. “Sorprendentemente, nel nostro studio la remissione della depressione è risultata legata a un beneficio in termini di mortalità. Chi guariva dalla depressione presentava la stessa percentuale di mortalità dei pazienti che non erano mai stati depressi”, ha affermato l'autore principale, Donald R. Sullivan, della Oregon Health and Science University di Portland

“Questo studio non può provare la causalità, ma supporta l'idea che il controllo dei sintomi depressivi e il trattamento della depressione potrebbero avere un notevole impatto sugli outcome dei pazienti, forse anche un vantaggio in termini di mortalità”.

I ricercatori hanno seguito più di 1700 pazienti che avevano ricevuto diagnosi di cancro al polmone tra il 2003 e il 2005 e che avevano completato una valutazione della depressione includente sei voci, al momento della diagnosi e un anno dopo. Quasi il 40%, 681 persone, presentava sintomi depressivi alla diagnosi e il 14%, 105 soggetti, li ha sviluppati durante il trattamento terapeutico. Chi era depresso all'inizio del periodo di studio presentava il 17% in più delle possibilità di morire durante il follow-up, rispetto a chi non mostrava sintomi depressivi. In confronto alle 640 persone che non hanno mai sviluppato sintomi depressivi, le 105 a cui sono insorti durante il periodo di studio presentavano il doppio delle probabilità di morire. Altri 254 soggetti, la cui depressione persisteva, avevano il 42% in più delle possibilità di decedere. Tuttavia, coloro che presentavano sintomi depressivi alla diagnosi ma non un anno dopo avevano un rischio di decesso simile a quello di chi non si era mai depresso. I ricercatori non disponevano di dati su come o perché questi pazienti sono stati interessati da una remissione della depressione.

I commenti

“Dagli anni '70 sappiamo che una diagnosi di cancro avvia un periodo di difficoltà esistenziale che dura circa 100 giorni, durante il quale le persone si fanno domande sulla vita e la morte e si preoccupano della loro salute e del significato dei loro sintomi fisici” – ha commentato Mark Lazenby, professore associato presso la Yale School of Nursing di New Haven, Connecticut, e membro dello Yale Cancer Center, non coinvolto nello studio – Anche se con questo studio non possiamo dire che il trattamento della depressione prolungherebbe la sopravvivenza, altri lavori hanno mostrato che una cura volta a migliorare il benessere psicosociale ha un vantaggio in termini di sopravvivenza”. “I medici devono lavorare meglio trattando la persona nella sua complessità e non focalizzandosi solo sulla malattia”, ha aggiunto Ronald Sullivan.

Fonte: Journal of Clinical Oncology 2016

Kathryne Doyle

(Versione Italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.doctor33.it/>

Esmo: domina l'immunoncologia. Ecco le principali novità



Al recente congresso Esmo (European society of medical oncology), svoltosi a Copenhagen, grande interesse è ai farmaci in grado di colmare gli "unmet needs" in oncologia o di perfezionare gli attuali regimi terapeutici. Ancora una volta l'immuno-oncologia si è confermata l'elemento di punta. Di rilievo i nuovi risultati, pubblicati anche sul "New England", ottenuti con nivolumab (immuno-oncologico anti-Pd-L1), tratti dallo studio di fase III CheckMate -141 (che ha valutato nivolumab in pazienti con carcinoma a cellule squamose di testa e collo recidivo o metastatico dopo regime contenente platino, rispetto alla terapia scelta dagli sperimentatori [metotrexate, docetaxel o cetuximab]). Un endpoint esplorativo sulla qualità di vita riferita dal paziente ha mostrato come nivolumab abbia stabilizzato i sintomi descritti dei pazienti, le funzioni fisiche e il funzionamento di ruolo e sociale, determinati con tre strumenti separati. Indipendentemente dall'espressione di Pd-L1, i pazienti trattati con la terapia scelta dagli sperimentatori hanno manifestato un peggioramento statisticamente significativo degli outcome riportati dal paziente dal basale alla 15ma settimana rispetto a nivolumab che, inoltre, ha più che raddoppiato il tempo al deterioramento della maggior parte dei parametri funzionali misurati e ha significativamente rallentato il tempo al peggioramento dei sintomi, tra cui fatigue, dispnea e insonnia, rispetto alla terapia scelta dagli sperimentatori. In un altro trial di fase I, CheckMate-016, i cui risultati aggiornati sono stati presentati all'Esmo, hanno dimostrato che la combinazione dello stesso nivolumab con ipilimumab nel carcinoma a cellule renali metastatico (mRcc) comporta che il 70% dei pazienti sia vivo a due anni. Sono dati incoraggianti perché mostrano che, a un follow-up di quasi 2 anni, ciascun braccio di combinazione con nivolumab e ipilimumab (il primo farmaco anti-Pd-L1) presenta una risposta ancora in atto nel 40% dei pazienti. Sempre nell'ambito del trattamento del carcinoma testa collo (ma anche del polmone non a piccole cellule), sono stati diffusi i dati iniziali di efficacia e sicurezza della monoterapia con durvalumab. I risultati di follow-up dello Studio 1108 di Fase I/II sulla monoterapia con durvalumab nei pazienti con tumore al

polmone non a piccole cellule in fase avanzata hanno mostrato che i pazienti con neoplasie ad alta espressione di Pd-L1 avevano un tasso di risposta obiettiva (Orr) e una sopravvivenza globale (Os) più alti rispetto a quelli dei pazienti con espressione di Pd-L1 più bassa o assente. Il tasso di risposta obiettiva (n=287) è stato pari al 25% nei pazienti con tumori ad alta espressione di PD-L1 (n=154) rispetto al 6% nei pazienti con carcinomi a bassa espressione di Pd-L1 (n=116). Nella coorte dello studio su pazienti con tumore testa collo a cellule squamose metastatico/recidivante, il tasso di risposta obiettiva è stato dell'11% in tutti i pazienti valutabili (n=62) e del 18% nei pazienti con carcinoma ad alta espressione di Pd-L1 (n=22). Il tasso di sopravvivenza globale a 6 e a 12 mesi è stato rispettivamente del 62% e del 42% in tutti i pazienti valutabili. Ma anche altre meccanismi d'azione ottengono successi in altre indicazioni. È il caso dei risultati del trial Falcon di fase III che ha dimostrato come fulvestrant 500 mg - che agisce bloccando ed eliminando i recettori dell'estrogeno nelle cellule tumorali - permetta di raggiungere una mediana superiore della sopravvivenza libera da progressione (Pfs) rispetto ad anastrozolo 1 mg nel trattamento di 1ma linea per le donne in post-menopausa con tumore al seno metastatico o localmente avanzato che non hanno ricevuto in precedenza alcun trattamento ormonale. L'endpoint primario era la Pfs. Il trial ha arruolato 462 pazienti. Con fulvestrant la mediana della Pfs è risultata di 2,8 mesi superiore rispetto a quella di anastrozolo (hazard ratio [HR]: 0,797; p=0,0486). Nello specifico, i risultati hanno mostrato come nel braccio trattato con fulvestrant la mediana della Pfs fosse di 16,6 mesi contro i 13,8 mesi del braccio trattato con anastrozolo. Una conferma ulteriore che alle pazienti endocrinoresponsive non è più necessario proporre un trattamento chemioterapico. Da ricordare che gli inibitori dell'aromatasi, come l'anastrozolo, rappresentano l'attuale standard di cura nel trattamento di prima linea per le donne in post-menopausa con tumore al seno avanzato con recettori ormonali positivi (Hr+).

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

STUDIO DELL'ISTITUTO TUMORI DI MILANO

Prostata: sono ancora troppi i tumori non «pericolosi» che vengono curati

Gli uomini vanno informati bene prima e dopo aver fatto il test del Psa. In Italia molti casi a bassa aggressività che non andrebbero trattati. Gli esperti: «Affidatevi a team multidisciplinari per ricevere trattamenti su misura a seconda della classe di rischio»

di Vera Martinella



«Sono vivo grazie al test del Psa: ho avuto un tumore alla prostata e l'ho preso per tempo, mi sono curato e ora la paura è passata, sto bene». Così l'attore americano Ben Stiller, 50 anni e molti film di successo con ruoli perlopiù comici, ha comunicato pochi giorni fa la sua esperienza con una malattia che raramente gli uomini "confessano". Quello alla prostata è però il cancro più frequente tra i maschi a partire dai 50 anni di età di cui in Italia si registrano circa 35mila nuovi casi ogni anno. «E se le mortalità è in calo dal Duemila, è fondamentale che le terapie vengano personalizzate sul singolo paziente in base al tipo di neoplasia, alla sua aggressività, al rischio che la malattia peggiori - sottolinea Riccardo Valdagni, direttore del Programma Prostata all'Istituto Nazionale Tumori (Int) di Milano -. Il test del Psa può essere utile per avere una diagnosi precoce, ma dev'essere chiaro che non tutti i tumori vanno necessariamente curati: a volte servono trattamenti aggressivi, altre si può soltanto tenere sotto osservazione il paziente ed evitargli cure ed effetti collaterali inutili. Molti italiani oggi corrono pochi rischi, ma vengono curati lo stesso».

Tumori che non avrebbero dato mai segno della loro presenza

Troppo spesso accade, infatti, che davanti a tumori poco aggressivi si proceda con trattamenti "eccessivi", che hanno poi ripercussioni negative sulla qualità di vita degli uomini. A fotografare la realtà è uno studio

italiano (primo nel suo genere) pubblicato sullo *European Journal of Cancer*, che ha analizzato i dati relativi a 4.635 casi di carcinoma prostatico, mettendo a confronto due distinti periodi di tempo (1996-1999 e 2005-2007). «Questa indagine - spiega Annalisa Trama, epidemiologa Int, prima autrice della ricerca - ha messo in evidenza che nel corso degli anni sono aumentate le diagnosi di carcinomi prostatici di classe di rischio bassa (ovvero indolenti, “buoni”, non pericolosi): il che significa che proprio per la diffusione del Psa sono stati individuati più tumori che non avrebbero dato mai segno della loro presenza, né tantomeno causato la morte del paziente. Dai dati emerge anche che è cresciuto il numero degli interventi chirurgici e, in misura minore, di trattamenti radioterapici: quindi molti di quei malati che non rischiavano nulla sono invece stati sottoposti a cure inappropriate, e alle loro conseguenze indesiderate. Infine, appare chiaro che migliora la sopravvivenza, oggi 9 pazienti su 10 superano la malattia. Con buoni risultati, in un prolungamento di sopravvivenza, anche nei pazienti a rischio più alto e con metastasi. E diminuiscono i casi di uomini che si presentano alla diagnosi già con un tumore in fase avanzata, segno che la diagnosi precoce con il Psa funziona».

**[Tumore alla prostata, quando può essere solo monitorato e le cure non servono
Come evitare terapie ed effetti collaterali inutili](#)**

Gli uomini vanno informati prima e dopo aver fatto il test

A partire dagli anni '90 la grande diffusione del test del PSA (Antigene Prostatico Specifico, che si misura attraverso un semplice esame del sangue) e l'aumento del numero delle biopsie hanno provocato una crescita delle diagnosi di carcinoma prostatico prima che compaiano sintomi. «Il Psa anticipa la diagnosi di tutti i tumori, sia “buoni” che “cattivi”, aggressivi o meno - spiega Nicola Nicolai, vice responsabile della Prostate Cancer Unit all'Int -. Il problema non è se fare o meno il test, ma che gli uomini siano informati correttamente (prima di farlo in modo volontario) dei possibili risultati e che vengano curati all'interno di strutture multidisciplinari. Basta questo a risolvere il problema di terapie in eccesso: se si comunica direttamente al paziente cosa individua il Psa e, in caso di cancro, lo si informi di tutte le opzioni che ha a disposizione nel suo caso. Dalla sorveglianza attiva a chirurgia, radioterapia, chemioterapia, terapia ormonale o nuovi farmaci. Se il team è composto da più specialisti il paziente sarà veramente al centro della discussione e riceverà tutte le informazioni necessarie». «Insomma gli uomini dovrebbero essere informati e dovrebbero avere accesso al test del PSA, se lo desiderano, dopo un'attenta valutazione dei pro e dei contro - sottolinea il direttore Scientifico di Int, Giovanni Apolone -. Egli esiti di questo studio, condotto in collaborazione con l'Associazione Italiana Registri Tumori (anche grazie al sostegno di AIRC e Amgen), evidenziano chiaramente che con la multidisciplinarietà si gestisce meglio il paziente, evitandogli trattamenti in eccesso».

Team multidisciplinari e sorveglianza attiva

Perché agli uomini con un tumore alla prostata a basso rischio viene proposto soltanto di rado, come invece sarebbe indicato, di partecipare a programmi di “sorveglianza attiva”? Diversi studi scientifici hanno dimostrato che molto dipende dal medico che il malato incontra - risponde Valdagni, che è anche direttore della Radioterapia 1 all'Int -. La sorveglianza attiva è una strategia riservata solo a determinate tipologie di malati, quelli con un carcinoma di piccole dimensioni e poco aggressivo, che prevede di tenere sotto controllo la malattia senza intervenire nell'immediato e di rinviare eventuali cure (e relativi effetti collaterali) solo a se e quando la neoplasia evolve. Scegliere di tenere sotto attento monitoraggio la malattia invece di sottoporsi immediatamente a un trattamento si traduce in una migliore qualità di vita».

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

Sconfiggere il cancro e i sintomi della chemio grazie alla Boxe

Un ospedale di Strasburgo organizza corsi di pugilato

Strasburgo (askanews) - Una grande, dura e lunga battaglia quotidiana contro il cancro, faticosa come un incontro di Boxe ma che si può vincere proprio al pugilato. In ospedale di Strasburgo i medici hanno organizzato delle lezioni di boxe per aiutare i pazienti sottoposti alla chemioterapia a riprendersi più velocemente.

"Mi sentivo finita, invece ho ritrovato la forza dedicandomi allo sport e mi sono sentita liberata" racconta Veronique.

"Avevo formicolio e nausea, poi ho iniziato a fare boxe e tutti i sintomi delle chemio sono spariti ed è divertente" aggiunge Serge.

"Quando fai la chemio ti senti stanco e vorresti stare a letto, ma noi consigliamo di fare l'opposto e stiamo ottenendo risultati" conclude l'oncologo Ronald Schott.

La forza di volontà e la determinazione sono medicine utilissime per affrontare tutte le malattie.

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

RETROSCENA

Manovra, tagli per 5 miliardi e deficit al 2,2%

Alessandro Barbera A PAGINA 12

Verso il compromesso sulla manovra Il deficit sale al 2,2%, tagli per 5 miliardi Il presidente del Consiglio annuncia la fine dell'austerità

7 5-6

miliardi

Ancora senza coperture: quattro dovrebbero arrivare dal maggior deficit

miliardi

Previsti grazie alla revisione della spesa. Dopo le pensioni la voce più importante è la sanità

Retroscena

ALESSANDRO BARBERA
ROMA

Ritorno ai concorsi pubblici. Edilizia scolastica fuori del patto di Stabilità. Spese per il recupero delle periferie. Sblocco delle spese per investimenti finora bloccate. E ancora le fusioni fra enti - «si facciano, ma nessuno può essere obbligato» - o l'accorpamento di Equitalia nell'Agenzia delle entrate. Se il discorso di Matteo Renzi di fronte ai sindaci indica una direzione di marcia, non è certo quella dell'austerità che qualcuno invoca nei palazzi di Bruxelles. Ma fino al 5 dicembre il premier ha bisogno dell'Europa e l'Europa ha bisogno di Renzi. Nei contatti di queste ore fra il governo e l'esecutivo comunitario si registra la volontà comune di chiudere un accordo onorevole che eviti grane a entrambi. La Merkel e Juncker sperano che il collega italiano superi indenne l'ostacolo referendario. Un eventuale crisi del governo finirebbe per aggiungere problemi ai problemi della casa europea. Ieri il premier e il ministro dell'Economia si sono visti nuovamente a Palazzo

Chigi per mettere a punto i dettagli della bozza che verrà approvata dal consiglio dei ministri di sabato. Ormai - lo ha confermato pubblicamente Renzi - è questione di ore.

La forchetta della flessibilità utile a finanziare la manovra per il 2017 si è ristretta al 2,2-2,3 per cento del Pil. In questo scenario, i sette miliardi che nelle tabelle del Tesoro sono ancora senza copertura verrebbero finanziati per circa quattro miliardi con maggior deficit. Il resto da risparmi che si sommerebbero ai 2,6 già quantificati nella voce «revisioni della spesa»: in tutto 5-6 miliardi. Dopo le pensioni la voce più importante di spesa nel bilancio dello Stato è la sanità: un intervento seppur limitato è inevitabile, e il ministro Lorenzin ne è consapevole.

Solo il tempo dirà se l'accordo terrà alla prova del tempo e del passaggio alle Camere. Di certo il compromesso in via di definizione aiuterà la Commissione a chiudere un occhio almeno fino al referendum. In teoria la Commissione dovrebbe esprimersi entro fine novembre, ma nelle pieghe delle procedure comunitarie si sta già cercando il modo per evitare all'Italia imbarazzi alla vigilia del voto. L'Europa non vuol dare in alcun modo la sensazione di interferire in un momento

politicamente delicatissimo. Dopo di allora si aprirà uno scenario del tutto diverso, sia in caso di vittoria di Renzi o di sua sconfitta. Ormai da tempo c'è chi racconta che se il referendum passerà Renzi farà lo strappo finora evitato. Del resto il 5 dicembre la manovra avrà appena iniziato il suo iter al Senato, e se vorrà il premier avrà tutto lo spazio per aumentare la dote della legge per il 2017 ben oltre la soglia che si sta fissando in queste ore.

Il discorso agli ex colleghi sindaci è un indizio in più. «Negli ultimi anni abbiamo smesso di progettare perché i soldi mancavano. L'Italia si è tagliata il ramo sul quale sedeva. Siamo passati da quaranta miliardi di euro annui di spesa nel 2007 a venti. E tutti abbiamo smesso di fare investimenti». Più difficile pronosticare cosa accadrà in caso di vittoria del no, e ciò riguarda persino la sorte dello stesso premier: «Vi chiedo una mano, comunque vada il referendum», dice parlando dell'agenda dei sindaci, come se le sue dimissioni non fossero più un fatto scontato.

Twitter@alexbarbera

© BY-NC-ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Stretta sulla sanità, ira delle Regioni “I farmaci innovativi sono a rischio”

Palazzo Chigi: fondi per 112 miliardi. I governatori: ne manca uno In bilico il piano vaccini e l'assistenza eterologa in tutta Italia

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

I tagli alla sanità sono a basso indice di popolarità perciò Renzi dà ordine di aggiungere qualcosa al budget di Asl e ospedali, portando il fondo sanitario a quota 112 miliardi. Che sono però sempre un miliardo in meno di quanto stanziato in un primo momento dallo stesso governo per il 2017. Tanto che le Regioni, riunite oggi in conclave per dire l'ultima parola sulla manovra, lanciano ugualmente l'allarme: così rischiano di restare fuori dalla porta farmaci innovativi e nuovi livelli di assistenza, con tanto di piano vaccini, assistenza eterologa estesa a tutta Italia e ausili per disabili.

Ieri il vertice tra Lorenzin, Padoan e Boschi è stato sostituito dal fitto lavoro dei tecnici, sempre in stretto contatto con i titolari di Salute ed Economia, per trovare una quadra tra esiguità di risorse e promesse da mantenere, come quella dell'assunzione di medici e infermieri fatta dal premier in persona in diretta Tv. Così si sono racimolati altri 500 milioni che potrebbero diventare di più se passasse la proposta Lorenzin di un ritocco all'insù dell'accise sul tabacco, che non trova l'opposizione dell'Economia ma sulla quale in passato Renzi aveva storto il naso.

Ma anche limitando le perdite a un miliardo i conti della sanità alle regioni non tornano. A spiegare perché è il coordinatore degli assessori regionali alla sanità, il piemontese Antonio Saitta.

«Solo per le assunzioni di 10mila medici e infermieri occorrerebbero almeno 400 milioni. E poi il fondo per i farmaci innovativi da 500 milioni si è già dimostrato insufficiente quest'anno». Con quei soldi le regioni hanno pagato solo le super pillole contro l'epatite C che sono rimaste un tabù per i malati meno gravi, «che hanno fatto la fila dietro la porta del mio ufficio per chiedere l'accesso alla terapia, per non contare di quelli che sono andati a comprare il farmaco in India o in Egitto dove costa un decimo», ammette Saitta. «Ma ora con i nuovi costosissimi medicinali oncologici, contro Alzheimer, Parkinson e demenza senile i bilanci rischiano di sballare completamente». Le regioni però non si limitano a battere cassa ma chiedono che nella manovra entrino anche le loro proposte su una nuova governance della farmaceutica. Cose come ridurre i prezzi quando i volumi di vendita aumentano o verificare l'efficacia dei nuovi farmaci una volta immessi in commercio e quando l'innovazione si dimostra più nel nome che nei fatti abbassare i costi. Oppure il via libera alle aste per farmaci equivalenti, con principi attivi anche diversi ma con la stessa indicazione tera-

peutica. Che più o meno funzionano così. Si radunano tutti i medicinali per una determinata patologia a quello che i tecnici chiamano il quarto livello Atc. Ad esempio i consumatissimi “inibitori della pompa protonica” che servono a combattere ulcere gastriche ed esofagiti da reflusso e che ricomprendono anche medicinali con molecole diverse. Tra tutti questi chi batte il prezzo più basso resta nel paradiso della rimborsabilità. Gli altri se li paga l'assistito. Su questo c'era già una determina dell'Aifa, l'Agenzia pubblica del farmaco, sospesa dopo le proteste dei medici di famiglia, che hanno visto mascherato dietro le aste un taglio di circa 1.500 medicinali dalla rimborsabilità.

Sui nuovi Livelli essenziali di assistenza poi Saitta è categorico: «Con un miliardo in meno non potremmo applicarli, visto che secondo le stime del Ministero della salute da soli costano 800 milioni».

Oggi i governatori metteranno nero su bianco le loro richieste. Domani il varo della manovra dirà in che misura verranno accolte.

© BY NC ND AL CUNTI DIRITTI RISERVATI

112

miliardi
Il fondo sanitario
Un miliardo in meno di quanto stanziato in un primo momento per il 2017

500

milioni
Stanziati dopo il vertice tra Lorenzin, Padoan e Boschi. Possono salire se aumenterà l'accise sul tabacco

400

milioni
Il costo delle assunzioni di 10 mila medici e infermieri
Per i farmaci innovativi servirebbero 500 milioni



Salute. Rebus risorse anche sui farmaci innovativi

Sul fondo sanitario balla ancora 1 miliardo

Roberto Turno

ROMA

■ Un possibile vertice in giornata con Padoan, Lorenzin e De Vincenti. I governatori che sempre oggi preparano il dossier finale delle aspettative regionali. I sindacati che premono forte sui contratti soprattutto dopo le aperture ribadite ieri da Renzi su nuovi concorsi e lo sdoganamento degli atti di indirizzo dopo il primo altolà dell'Economia. E il rebus che continua a restare tale sull'entità delle risorse per asl e ospedali, con la stessa base parlamentare "sanitaria" del Pd che incalza palazzo Chigi e via XX Settembre ad aprire i cordoni della borsa. E infine la governance del farmaceutico e i fondi per i farmaci innovativi su cui non c'è alcuna certezza ma la chance che cresce di incassare buona parte degli aumenti in più. A quarantotto ore dal suo ingresso a palazzo Chigi, la manovra 2017 per la sanità pubblica continua a restare un'incognita.

Intanto la partita del Fondo sanitario nazionale. Con l'Economia che insiste per arrivare a quota 112 miliardi, uno in più di quest'anno, ma uno in meno rispetto agli accordi con le Regioni e al Def originario. Ma il pressing su Padoan e Renzi - che non trascura il rischio di misure impopolari in vista del referendum del 4 dicembre - continua a crescere. Un punto d'arrivo ieri sembrava poter essere tra 112,25 e 112,5 miliardi. Sebbene circa 500 milioni dovrebbero essere

destinati in virtù di vecchi accordi alle regioni a statuto speciale. Resterebbe insomma sul piatto circa 1 miliardo in più. Che sarebbe ipotecato da contratti e farmaci. Cosa non gradita alle regioni, che hanno anche altre urgenze - dai Lea agli investimenti - e che per questo oggi alzeranno la posta. Intanto la governance farmaceutica potrebbe restare in freezer e spuntare con un emendamento alla Camera, chissà se col consueto maxi emendamento del Governo con fiducia annessa. Di Fondo sanitario, come di farmaci, parleranno senz'altro oggi i ministri e De Vincenti.

Anche alla voce "rinnovo dei contratti", nonostante le promesse del premier, le tensioni continuano a crescere. I sindacati medici calcolano che, con i fondi sul piatto (900 milioni in tre anni, di cui 300 per la vacanza contrattuale), a conti fatti riceveranno in media 900 euro lordi l'anno in più, circa 45-50 al mese. E oggi rilanceranno le proteste. Come hanno fatto sempre ieri i giovani dottori dell'Anao, il sindacato più rappresentativo degli ospedalieri, ai quali di sicuro non è bastata la promessa di Renzi di bandire concorsi per 10 mila posti tra forze dell'ordine, infermieri e «forse anche medici». Secca, ieri, la replica al premier: «Siamo stufi delle parole, vogliamo i fatti su precariato e nuove assunzioni, non proclami stile televendita pre-elettorale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MANOVRA, IL GOVERNO STUDIA ALTRE MISURE PER LE FAMIGLIE

Spunta il bonus mamma-domani

ROBERTO PETRINI

SBLOCCO del turnover nei settori con ricadute immediate sui cittadini e concorsi per forze di polizia, infermieri e, probabilmente, medici per 10 mila unità. Lo ha annunciato ieri il premier Matteo Renzi. Ma, sul tavolo della manovra, ci sono altre due nuove misure: il buono-nido e il «premio» mamma-domani. Si parla di 800 euro, ancora prima della nascita del bambino, una tantum, destinati a far fronte alle prime spese e alla diagnostica.

A PAGINA 33

Manovra, spunta il “premio mamma-domani”

E Renzi annuncia diecimila assunzioni per infermieri, medici e poliziotti. Polemiche nel Pd sulla voluntary

Partiti di centro in pressing per la famiglia: un bonus di 800 euro per tutte le future madri e un aiuto per l'asilo nido di mille

ROBERTO PETRINI

ROMA. Sblocco del turnover «diversificato» e concorsi per forze di polizia, infermieri e, probabilmente, medici per 10 mila unità. Matteo Renzi all'assemblea dell'Anci a Bari parla ai sindaci, annuncia l'intenzione di chiudere la partita della legge di Bilancio in giornata (dopo un nuovo incontro con Padoa-Schioppa ieri a Palazzo Chigi) in vista del Consiglio dei ministri di domani convocato per la definitiva approvazione.

«Immaginiamo di avere la libertà di tornare a fare i concorsi» con la prossima legge di Bilancio, ha aggiunto. Anche se i concorsi non saranno per tutti: «Non per i palazzi romani dove va bene il 25%», ha osservato invitando a battere la «filosofia checcozalonia». Due le «parole chiave» dell'imminente legge di Bilancio: «Meriti e bisogni», ha detto Renzi. «Premieremo il merito di chi ha voglia di darsi da fare con le misure sulla competitività - ha spiegato - e i bisogni con interventi come quelli sulle pensioni». Per i quali ieri il sottosegretario Nannicini ha annunciato che lo sconto per ogni anno di anticipo Ape sarà tra il 4,5 e il 5%.

Intanto i tecnici lavorano ad uno degli ultimi nodi da perfezionare: quello della famiglia che Renzi ha menzionato durante l'intervento all'Anci senza tuttavia entrare nei dettagli. Sul tavolo ci sono due nuove misure: il buono-nido e il «premio» mamma-domani. Per i due interventi il ministro per gli Affari Regionali, Enrico Costa, di area centrista, pensa a circa 500 milioni ma è possibile che, per esigenze di bilancio, non si potranno supera-

re i 2-300 milioni. Il buono-nido consisterebbe in una erogazione di 1.000 euro l'anno, per i bambini da zero a tre anni, come sostegno per tutte le coppie, al di là del reddito, alle spese per la retta degli asili materni pubblici e privati. La norma non va confusa con il già in vigore voucher asilo o baby sitter (i cui fondi sono peraltro esauriti da agosto) che era destinato solo alle mamme che rinunciavano al congedo parentale post-gravidanza (600 euro per ogni mese fino a sei mesi per asilo o per pagare la baby sitter).

L'altra misura allo studio è il piano mamma-domani: si tratta di un «premio» di maternità che si potrà ottenere, se la norma sarà introdotta in legge di Bilancio, ancora prima della nascita del bambino: si tratta di 800 euro, una tantum, destinati a far fronte alle prime spese e alla diagnostica. L'intenzione è anche quella di stabilizzare il bonus-bebè che diventerebbe il quarto strumento a favore dell'incremento demografico. Il «vecchio» bonus bebè prevede infatti 80 euro al mese per i bambini da zero a tre anni per 3.600 euro annui: il sostegno non è per tutti ma riguarda solo chi ha un reddito Isee sotto i 25 mila euro (raddoppia sotto i 7.000).

Renzi, ha ribadito anche l'intenzione di «abolire» Equitalia e sostituirla con un «nuovo modello di agenzia» ed ha annunciato, in seguito ad un incontro con il direttore Ernesto Maria Ruffini, che dal 7 novembre gli avvisi di pagamento della società di riscossione indirizzati ai ritardatari, prima di essere esecutivi, saranno preceduti da un «invito» via sms.

Intanto è muro di Pier Luigi Bersani sull'idea circolata di estendere la voluntary disclosure anche al contante detenuto nelle cassette di sicurezza: «Sembra un'idea di Corona... è una amnistia a pagamento».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



LA STANGATA Il documento

Ecco la manovra:
tagliati i fondi
al sistema sanitario

» PALOMBI A PAG. 8

Manovra, il governo taglia i fondi al servizio sanitario

LA PROVA "Il Fatto" ha visto le modifiche del Tesoro alla risoluzione parlamentare sul Def: cancellato il divieto di ridurre i finanziamenti

La frase cassata

"No a nuove riduzioni del finanziamento pubblico" Nella bozza è stata tolta con un tratto di penna

» MARCO PALOMBI

Il governo taglierà di nuovo, per la sesta volta in sei anni, i fondi del Servizio sanitario nazionale. Il diritto alla salute di cui parla l'articolo 32 della Costituzione pare ormai solo una pia intenzione. La scelta di Matteo Renzi - a caccia di soldi per finanziare le sue promesse fiscali pre-referendarie - non risulta solo dalle indiscrezioni sulla manovra girate in questi giorni, ma ora anche da un documento: la copia di lavoro - di cui *Il Fatto* è in possesso - della risoluzione di maggioranza approvata dal Parlamento sul Documento di economia e finanza. Quella copia presenta le tracce del lavoro, e delle intenzioni, del governo.

TRA LE VARIE riformulazioni e cancellature imposte dall'esecutivo ce n'è infatti una rivelatrice e riguarda proprio la salute. Dice la risoluzione approvata: il governo si impegna "a garantire una dotazione finanziaria del Fondo sanitario nazionale idonea ad assicurare l'erogazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza in campo sanitario, l'accesso alle cure nonché il finanziamento dei trattamenti innovativi che ne permetta l'utilizzo da parte di tutti i citta-

dini che ne hanno bisogno". Qui la frase si interrompe. Nella versione scritta dai gruppi parlamentari, però, c'era un'altra frase cancellata dal ministero dell'Economia: "A tal fine (il governo, ndr) non introduce nella legge di bilancio riduzioni del finanziamento pubblico di parte corrente del Ssn rispetto a quanto previsto nel quadro tendenziale della Nota di aggiornamento del Def". Tradotto: il governo rifiuta di impegnarsi a non tagliare i fondi alla salute.

I soldi pubblici per il Servizio sanitario, secondo quanto scritto nel Def dallo stesso governo, dovrebbero ammontare a 113 miliardi nel 2017 rispetto ai 111 miliardi e spiccioli di quest'anno: fonti governative spiegano che al conto finale, dopo la manovra, sarà sottratto circa un miliardo e mezzo tenendo il finanziamento del Servizio sanitario sostanzialmente al livello di quest'anno. Sia detto *en passant*, ma è la terza volta che il premier si rimangia un accordo con le Regioni sul tema "salute": basti dire che lo strombazzato "Patto per la Salute" firmato nell'estate 2015 prevedeva per quest'anno una spesa sanitaria sarebbe di 115 miliardi. Renzi se lo rimangiò solo due mesi dopo.

A QUESTO PUNTO bisogna chiarire una cosa: come ha spiegato un'indagine conoscitiva della Camera - la cui relazione finale è stata approvata pressoché all'unanimità a fine 2014 - la spesa sanitaria aumenta automaticamente del 2% l'anno solo per tecnologia e prezzi dei medicinali. Tenerla ferma, insomma, vuol dire taglia-

re: ecco, la nostra spesa pubblica per la salute è più bassa rispetto a quella 2010 quando era a 112,6 miliardi. Solo per tener dietro ai prezzi di tecnologia e farmaci - e dunque dare ai cittadini le migliori cure possibili - oggi il Fondo per la salute dovrebbe ammontare a 126,5 miliardi, ben 15 meno di quelli disponibili l'anno prossimo: un taglio - dicono i dati Ocse (peraltro fermi al 2013) - che è superato solo da quelli dei Paesi che hanno conosciuto la Troika (Grecia, Portogallo, etc). Non è un caso che, nel frattempo, sia esplosa la spesa sanitaria privata: dai 30 miliardi del 2012 ai 35 del 2015.

Questo ennesimo taglio non sarà senza effetti e i presidenti di Regioni - che dovranno gestirlo - inizieranno a parlarne oggi in una riunione straordinaria. L'aumento serviva a garantire i nuovi Lea (livelli elementari di assistenza), cioè cure che lo Stato ritiene fondamentali, il Piano di vaccinazioni gratuite e pure l'assunzione di 10 mila tra medici e infermieri. Ci informa *La Stampa* che la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, che tenta di resistere ai tagli (evidentemente senza successo), ha un'ideona per farvi fronte: aumentare le accise sulle sigarette.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bimbo salvato dal tumore il suo nuovo femore creato dall'omero di un donatore

L'intervento all'ospedale Regina Margherita di Torino

il caso

ALESSANDRO MONDO
TORINO

Questa è la storia di un bambino piemontese di poco meno di sei anni che avrebbe dovuto pagare un prezzo altissimo per sopravvivere all'osteosarcoma, un raro tumore osseo con un'incidenza di 150 casi l'anno in Italia: l'amputazione del femore distale, dove la malattia si era annidata, e il ricorso ad una protesi. Oggi questo bambino, che di anni ne ha compiuti otto, ha recuperato la mobilità e conduce una vita normale.

A fare la differenza, tra il prima e il dopo, è stato lo straordinario intervento svolto all'ospedale Infantile Regina Margherita di Torino dall'équipe del dottor Raimondo Piana, direttore di Chirurgia oncologica ortopedica presso l'azienda ospedaliero-universitaria Città della Salute: il quale, dovendo amputare l'articolazione del ginocchio e trovandosi nell'impossibilità di trovare nelle Banche dei tessuti muscoloscheletrici un femore di dimensioni ridotte, data l'età del paziente, ha tentato il tutto per tutto adattando e posizionando in loco un omero rovesciato. In altri termini: un altro osso, fornito da un donatore, è stato utilizzato per sostituire quello intaccato, assolvendo la stessa funzione.

Soluzione rara, se non unica, non a caso compresa tra quelle presentate dal dottor Michele Boffano al Congresso mondiale di tecnologia in chirurgia protesica svoltosi a Boston: il reparto di Chirurgia oncologica ortopedica della Città della Salute ha vinto il primo premio.

Va da sé che per Piana e per la dottoressa Franca Fagioli, direttrice dell'Oncoematologia Pediatrica del Regina, il primo, vero riconoscimento è stata la possibilità di salvare la vita di Francesco, così lo chiameremo, senza doverlo menomare. «Sul momento l'idea sembrava folle ma dopo esserci rivolti a tutte le banche dell'osso internazionali, inutilmente, eravamo disperati - racconta Piana -. Allora abbiamo provato con un omero: per garantire una ricostruzione il più possibile anatomica è stato rivestito con una protesi in ceramica di ultima generazione; il tutto è stato collegato al femore del paziente con una placca e al ginocchio, ricostruendo la capsula e i legamenti così da preservare la tibia».

La vittoria dell'impossibile è consistita in quattro ore di intervento tra amputazione e ricostruzione, preceduto da due mesi di chemioterapia e seguito da altri otto mesi di trattamento post-operatorio a fronte dei quali Francesco ha recuperato la funzionalità dell'arto: «I controlli sono negativi, cammina senza zoppicare, va a scuola». E in futuro? «Dato che l'omero, contrariamente all'anca, al lato tibiale del ginocchio e alla caviglia non cresce, bisognerà intervenire nuovamente. In ogni caso, se ne riparla tra una decina di anni».

Dieci anni di normalità regalati ad un bambino sottoposto ad una prova durissima, grazie ad un intervento che rappresenta un precedente per casi analoghi: «A livello pediatrico l'osteosarcoma si manifesta mediamente tra gli 8 e i 14 anni, peraltro in forma abbastanza rara, ma l'età nella quale insorge sta diminuendo». Un buon motivo per attrezzarsi: anche con la giusta dose di follia.

© BY NC ND ALLI DIRITTI RISERVATI



Startup con il Sole

L'OSSERVATORIO NÒVA E FINANZA&MERCATI

Biosensori. Nano Tech Projects raccoglie 600mila €

Individuare il virus che causa il cancro

Tra le frontiere della medicina oncologica c'è la diagnosi precoce dei tumori. In questo difficile campo fa il suo ingresso la startup Nano Tech Projects, nata nel 2012 e attiva nella biosensoristica ottica, che ha ricevuto un finanziamento di 600mila euro. L'investitore è Italian Angels for Growth, gruppo italiano di business angel attivo nei settori innovativi come biomedicale, Internet, cleantech, Information Technology.

Il finanziamento verrà utilizzato per accelerare l'ingresso nel mercato di un nuovo dispositivo diagnostico brevettato da NTP: Nano-Eye, un rilevatore ottico-laser in grado di catturare immagini ad alta risoluzione e di rilevare nanoparticelle di dimensioni subdiffrattive. Normalmente per questo tipo di rilevamento occorrono microscopi elettronici di grande potenza. Lo strumento creato da NTP utilizza invece una tecnica laser che permette di svolgerlo con un'ottica di tipo comune. Il risultato è un dispositivo che permetterà di accorciare i tempi di diagnosi, grazie alle ridotte dimensioni e alla possibilità di interfacciarsi direttamente con dispositivi digitali e di rete. Lo strumento, che verrà sottoposto a validazione clinica in vari ospedali e centri di ricerca

italiani, è in grado di rilevare la presenza di varianti cancerogene del papillomavirus umano (HPV), che è tra le principali cause di vari tipi di cancro e in particolare di quello della cerviciteuterina. Una volta messo a punto, secondo quanto ci ha riferito l'azienda, sarà scalabile per il rilevamento di molti altri tipi di virus. Nano Tech Projects è nata dall'incontro tra la ricerca scientifica intrapresa dal chimico Adolfo Carloni e la visione imprenditoriale e tecnologica degli altri due soci, gli ingegneri elettronici Massimo Galavotti e Gianluca Maroncelli. Si è recentemente unito Mauro Malan, esperto della microscopia.

La società ha scelto di mantenere la sede nel piccolo borgo di Sant'Angelo in Vado, in provincia di Pesaro-Urbino, ed è stata la prima startup innovativa a essere riconosciuta dal Ministero dello Sviluppo Economico come azienda a vocazione sociale. Grazie al progetto Nano-Eye ha potuto accedere con un grant di 50.000 euro alla prima fase di Horizon 2020 per il settore nanotecnologie e tecnologie di produzione e processo, e in questi giorni sta presentando la candidatura alla seconda fase.

M.Pas

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PROGETTO

ImNano-Eye

50 mila

Il grant

Grazie al progetto Nano-Eye ha potuto accedere con un grant di 50.000 euro alla prima fase di Horizon 2020 per il settore nanotecnologie e tecnologie di produzione e processo, e in questi giorni sta presentando la candidatura alla seconda fase.





13-10-2016

Lettori
17.555

www.agi.it

Fumo: in Italia un bimbo su 5 cresce in casa "no smoke free"

(AGI) - Roma, 13 ott. - Nel nostro paese un bimbo su 5 cresce in una casa in cui e' consentito fumare e dove lo fanno i genitori. Con due conseguenze: essere costretti a subire il fumo passivo ed essere "incentivati" ad accendersi la prima sigaretta. Sono questi alcuni dei dati emersi dal 20esimo congresso nazionale della Societa' italiana per le malattie respiratorie infantili (Simri) che si apre oggi a Roma. Secondo la Simri, i bambini che crescono in case "no smoke free" tendono da ragazzi a scegliere le "bionde". E pare che i gli adolescenti fumatori facciano fatica a dire addio per sempre alle sigarette. Anche se ne consumano poche al giorno, solo il 6 per cento riesce a smettere da solo mentre la grande maggioranza va avanti per altri 16-20 anni. Con gravissimi danni per il proprio organismo. "Le sigarette rappresentano un serio fattore di rischio per lo sviluppo di patologie gravi", ha detto Renato Cutrera, presidente nazionale della Simri e direttore dell'Unita' operativa di Broncopneumologia all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesu' di Roma. "L'esposizione passiva al fumo - ha continuato - e' pericolosa per la salute dei bambini quanto l'inalazione diretta. Aumenta del 43 per cento il rischio di asma, una malattia in crescita che colpisce il 10 per cento degli italiani con meno di 14 anni. Le oltre 4.000 sostanze nocive sprigionate delle "bionde" possono attaccare le vie respiratorie superiori, fino ad arrivare anche profondamente nei polmoni, bronchioli e alveoli. Anche se le leggi italiane sono sempre piu' restrittive, manca ancora una corretta cultura della prevenzione. Un italiano su due, infatti, ammette di accendersi una sigaretta in presenza di minorenni".

(AGI)

Eutanasia per i vecchi stanchi di vivere

Allo studio una legge: non servirà una malattia terminale per il suicidio assistito
Polemiche in Olanda. Il ministro della Salute: «Possibile solo da una certa età»

Il Movimento per la Vita

«È il trionfo e la dannazione dell'individualismo più esasperato»

Il precedente

Un mese fa in Belgio il primo caso di «dolce morte» per un minorenn

Gianni Di Capua

■ È destinata a far discutere la proposta allo studio del governo olandese sul controverso tema dell'eutanasia. L'esecutivo dell'Aja, infatti, potrebbe emanare una legge che legalizza il suicidio assistito per le persone che ritengono di aver «completato la loro vita», pur non essendo necessariamente malati terminali.

L'Olanda è stato il primo Paese a legalizzare l'eutanasia, nel 2002, ma solo per i pazienti senza alcuna speranza di una cura. In una lettera al Parlamento - riporta il *Telegraph* online - i ministri della Salute e della Giustizia hanno spiegato che i dettagli della possibile normativa devono ancora essere elaborati, ma che «le persone che hanno fatto una valutazione ben ponderata sul fatto che la loro vita è finita devono, in base a criteri rigorosi e attenti, poter essere autorizzati a porvi fine in un modo dignitoso».

Una proposta destinata a provocare forti critiche, soprattutto da parte di chi ha già fatto notare che la pratica dell'eutanasia nel Paese si è già ampliata molto oltre i confini originariamente immaginati, con il criterio della «sofferenza insopportabile» applicata non solo ai malati terminali, ma anche a quelli psichiatrici o con demenza. I suicidi assistiti sono stati 5.516 nel 2015, pari al 3,9% di tutti i decessi a

livello nazionale.

Edith Schippers, ministro della Sanità, ha precisato che «essendo il desiderio di autodeterminazione nel fine vita principalmente di cittadini anziani, il nuovo sistema sarà limitato a loro», senza specificare però una soglia d'età. La nuova legge richiederà comunque «guida attenta e vagliare in anticipo con una "morte fornitore di assistenza" con un background medico, che è stato dato anche una formazione supplementare». La legge dovrebbe essere redatta, in consultazione con medici, bioeticisti e altri esperti, entro la fine del 2017.

«La competizione tra Olanda e Belgio verso l'abisso autodistruttivo prosegue» ha commentato il deputato Gian Luigi Gigli del gruppo parlamentare Democrazia Solidale-Centro Democratico e presidente del Movimento per la Vita Italiano. «Mi chiedo - continua Gigli - cosa abbia a che fare tutto ciò con i valori su cui si fonda la costruzione europea. Un paese in cui il Governo chiede di approvare una generalizzata licenza di uccidere chiunque sia stanco della vita è un paese ormai moribondo. Questo è il suicidio assistito, per mano governativa, della società olandese stessa». «Una cultura nazionale in cui il valore

della vita è andato perso - sottolinea ancora Gigli - fotografa un paese ormai perduto. La vita, da tempo non più considerata sacra in Olanda, perde anche ogni valore sociale e comunitario. È il trionfo e la dannazione dell'individualismo più esasperato. I parlamentari italiani riflettano su questa inevitabile deriva nel momento in cui si accingono a dibattere le proposte di legge sul fine vita. Il nostro compito è ricostruire, significati e legami, che danno senso all'esistenza, pur nella sua quotidiana fatica. Siamo alle invasioni barbariche, occorre un nuovo San Benedetto».

Proprio un mese fa, in Belgio, si era verificato il primo caso di eutanasia su un minorenn. La persona in questione aveva 17 anni ed era malata terminale. Anche in Olanda l'eutanasia può essere richiesta dai minori di 18 anni, ma solo se maggiori di 12 anni: tra i 12 e i 16 anni è anche necessario il consenso dei genitori o dei tutori, tra i 16 e i 18 non è necessario anche se i genitori e i tutori devono comunque essere consultati.

5.516

Casi I suicidi assistiti in Olanda nel corso del 2015, pari al 3,9% di tutti i decessi a livello nazionale



La proposta: suicidio assistito anche per chi considera la sua vita finita

Olanda choc, eutanasia senza malattia

Aldo Masullo

Il punto in cui un qualsiasi pesante motivo personale inesorabilmente si salda con la decisione di morte e, dal relativo e relativamente reversibile essere della vita si salta all'irrevocabilità dell'assoluto nulla, è un punto cieco. Il sentimento che ci scuote, dinanzi al suicidio, è singolarissimo, non è lo stesso che c'inquieta dinanzi ad altri tragici eventi. In qualsiasi altro caso di morte, si assiste a una vicenda estrema: il relativo della vita (ero felice, ora sono infelice; sono ammalato ma guarirò, ecc.) viene soppresso dall'assoluto dell'irrevocabile nulla.

Ma il suicidio è «scandaloso» e squassa il cuore stesso della ragione, perché in esso a far vincere l'assoluto del nulla è la volontà stessa del relativo. L'originaria contraddizione tra le due necessità, che determinano l'umano, la relazione tra viventi e la solitudine dei vissuti d'ognuno, esplose qui in tutta la sua destabilizzante potenza. Delle due necessità, l'una, la relazione, formalizzata nelle istituzioni della società, avanza la pretesa di sottoporre alle sue regole e ai suoi divieti anche la radicalmente intima decisione del suicidio; l'altra, la solitudine, rivendica il diritto della sua impenetrabile intimità.

Così il secolare dibattito sul suicidio è ruotato essenzialmente intorno ad un caso esemplare di ciò che, nel linguaggio giuridico tedesco, è la *Pflichtkollision*, lo «scontro dei doveri». Nell'ordine sociale il dovere pubblico di assicurare la vita degli individui ed evitare che la collettività se ne privi confligge con il dovere altrettanto pubblico di rispettare la volontà dell'individuo. E' evidente che la collisione si risolve quasi sempre in un bilanciamento tra i due doveri, che è diverso da un sistema istituzionale ad un altro, in rapporto con le diverse situazioni storiche e con le diverse egemonie ideologiche.

Nel quadro degli ultimi decenni la pretesa conservatrice della società organizzata è venuta sempre più cedendo dinanzi alla rivendicazione del diritto individuale alle scelte di fondo. Così, per esempio, mentre in molte culture diverse dalla nostra la collettività considera giusto che alla donna, poco più che bambina, sia imposto lo sposo dalla famiglia, all'opposto nella concezione occidentale di forte impronta illuministica si tende sempre più decisamente a riconoscere all'individuo la libertà di scegliere di mori-

re.

È molto interessante osservare come questo aspetto della presa di posizione tendenzialmente «liberale» delle nostre società vada rapidamente evolvendosi. Si è cominciato con il riconoscere, come dispone la costituzione italiana, che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario»; si è poi passati a discutere concretamente dell'eutanasia come non contestabile scelta dell'ammalato terminabile, che solo dalla morte si attende la fine di sofferenze insopportabili; intanto alcune legislazioni, come la svizzera, la belga, l'olandese, ammettono la scelta del suicidio assistito nei limiti in cui le condizioni fisiche lo rendono giustificabile o addirittura, come in Belgio nel recente caso di un minorenne, i genitori, di fronte alla sua sofferenza disperata, lo decidano.

Ora in Olanda si annuncia un passo ancor più avanzato. Il governo di quel Paese si appresta ad ampliare la legge sul suicidio assistito, estendendone la facoltà anche alle persone sane, che ritengono di aver «completato» la loro vita. Anzi, i ministri competenti hanno spiegato che gli anziani con una forte e ben ponderata volontà di morire dovrebbero avere il diritto di assumere farmaci per porre fine ai loro giorni. Un esperto indipendente dovrà però assicurare che il paziente non è spinto da un impulso temporaneo o in seguito a pressioni esterne.

Naturalmente, questo nuovo passo avanti nella liberalizzazione della decisione suicidaria susciterà accesi dibattiti in nome soprattutto di principi religiosi da una parte, di rivendicazioni radicalmente liberali dall'altra. Certo, indipendentemente dai punti di vista ideologici, la proposta olandese, così com'è formulata nella notizia giornalistica, è segnata da un'ambiguità di fondo. A prima vista, il radicalismo liberale dovrebbe essere soddisfatto. La decisione suicida sembra finalmente sottratta all'interpretazione irrazionalistica dell'atto di follia, o di cedimento al dolore, o di sottrazione quasi vile ad una situazione disperata, o di fanatica autoesaltazione. La scelta di concludere la vita sembra una scelta razionale perché naturale, quasi come l'evento del frutto pienamente maturo che si lascia cadere dall'albero.

Ma in questa faccenda, a ben considerare, la liberalità dello Stato ha in sé qualcosa di corrotto. L'impressione che si prova è non di un gesto di rispetto della volontà individuale e di una generosa rinuncia della so-



cietà a sue attese dalla vita dei cittadini, bensì quasi di una sollecitazione agli anziani in buone condizioni di salute a togliere il disturbo, insomma a «rottamarsi», visto che ormai la cosa è comoda. In cambio, si risparmierebbero pensioni e spese sanitarie, si aprirebbero spazi occupazionali, s'incrementerebbe il mercato di quei molti prodotti che ai vecchi non interessano.

Se questa mia tesi può essere un'esagerazione per aprire la discussione, un fatto però è innegabile. La proposta olandese, così com'è formulata, esibisce il sintomo di un grave disagio della società che essa esprime. Una frase è la più allarmante. «La nuova proposta di legge renderà giustizia a un legittimo e crescente desiderio espresso in generale dalla società». Non si tratta dunque di sanzionare un doveroso atto di rispetto per la libera volontà degli individui, ma piuttosto di obbedire ad un'anonima pulsione di massa. Il che porterebbe a concludere che la mia tesi non è un'esagerazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Renzi: «I bambini vanno vaccinati» Asili, scontro tra Boschi e le Regioni

Il ministro: i fondi ci sono, ma non li usano. Replica: colpa dei Comuni

Le cifre

Nel 2015 il governo ha stanziato 100 milioni per gli asili e 10 milioni per centri anti-violenza

La burocrazia

Le Regioni indirizzano i fondi del governo ai Comuni, ma solo se loro ne fanno richiesta

Il governatore

La replica di Zingaretti, governatore del Lazio: «I centri anti-violenza? Li abbiamo salvati noi»

ESEMPIO EMILIA

Il premier loda la legge con cui è stata imposta la profilassi nei nidi

Elena G. Polidori
■ ROMA

BASTA «apprendisti stregoni» negli asili e nelle scuole materne. «Ci deve essere chiarezza e un investimento sulla scienza – dice Matteo Renzi – il tema dei vaccini deve essere affrontato una volta per tutte, è fondamentale che i nostri asili siano con i bambini vaccinati». Il premier loda l'esempio dell'Emilia Romagna («È serio») che rende obbligatoria le vaccinazioni per l'iscrizione ai nidi. Non solo. Aggiunge: tutto ciò che attiene all'edilizia scolastica «è finanziabile fuori dal patto di stabilità – ha proseguito Renzi – e in questa legge di Stabilità bisogna dire con chiarezza all'Europa che tutti i denari relativi a quel capitolo vanno spesi».

Peccato che succeda proprio il contrario. Lo ha spiegato, sempre ieri, il ministro Maria Elena Boschi, in veste di titolare della delega sulle «pari opportunità», portando un affondo profondo contro le Regioni. «Questo governo con la prima Stabilità (2015, ndr) ha stanziato 100 milioni di euro per gli asili nido, ma non sono stati spesi dagli enti regionali». E visto com'è andata, nella prossima legge di Bilancio, «sarà difficile immaginare di mettere ulteriori risorse sugli asili nido», visto che, appunto, le somme stanziate non sono state interamente utilizzate.

BRUTTA storia, insomma. Perché con una battuta la Boschi ha aperto un mondo. Quello della burocrazia, delle incrostazioni di competenze, quello che, insomma, fa sì che lo Stato faccia pure investimenti su temi sensibili co-

me gli asili nido (che si portano dietro anche il lavoro femminile e molto altro), che poi, però, non arrivano al cittadino utente. Perché nel tragitto qualcosa si incaglia. O perché è impossibile ripartirli in modo congruo o anche perché nessuno, alla fine, li richiede. Questo è stato il caso illustrato dalla Boschi, che ha aggiunto anche un altro esempio, meno «forte» dal punto di vista dei soldi erogati, ma altrettanto sensibile. Cresce il numero dei centri anti violenza per le donne, ma le Regioni non avrebbero utilizzato i circa 10 milioni di euro stanziati per la costruzione di nuove strutture. In particolare, il Lazio è tra quelle che meno si è attivata per la redistribuzione dei fondi erogati. «Le Regioni con le maggiori criticità – ha spiegato Boschi – sono il Lazio e il Molise e, in particolare, la città di Roma. Il governo si assume le sue responsabilità, ma non possiamo sottacere quelle delle Regioni».

UN attacco mirato, dunque, che le Regioni, però, respingono al mittente. La norma (legge 190/2014) prevede che i fondi stanziati dal governo vengano «indirizzati» alle Regioni che poi li trasferiscono ai Comuni. Se i Comuni li chiedono, ovviamente. «La competenza sulla gestione degli asili nido è in capo ai Comuni e non alle Regioni – dichiara, secca, l'assessore alle politiche sociali della Conferenza Stato-Regioni, Rita Visini – inoltre, la quota destinata al Lazio del finanziamento previsto nella legge di stabilità 2014 non è mai stata assegnata alla Regione a causa del blocco dei fondi nazionali applicato dal governo nello stesso anno». «Noi abbiamo salvato i centri anti violenza – ha risposto piccato anche il governatore del Lazio, Nicola Zingaretti – che dopo il superamento delle Province rischiavano di chiudere, altroché!». Insomma, di chi è la colpa? La caccia al 'colpevole' è aperta...



Influenza, laureato e benestante: ecco l'identikit di chi non si vaccina

A GENOVA chi è più in alto nella scala sociale e chi ha studiato di più, forse per una sorta di "sindrome di Highlander", sottovaluta il beneficio per la salute offerto dalla vaccinazione per l'influenza perché la considera banale. Questa tendenza si osserva nella fascia tra i 65 e i 74 anni, in cui il vaccino sarebbe indicato. Lo ha detto ieri sera al teatro Carlo Felice di Genova Roberto Carloni dirigente medico di Alisa Liguria, in occasione dell'incontro "Influenza: serve il vaccino? Lo dice la scienza?", organizzato da Il Secolo XIX.

Lo scorso anno in Liguria si è vaccinato solo il 45,7% degli over-65. «Quest'anno occorre migliorare, avvicinandosi il più possibile a quel 75 per cento che è l'obiettivo - ha sottolineato Giancarlo Icardi, direttore del Dipartimento di Igiene oltre "referente" del **ministero della Salute** - La Regione mette infatti a disposizione diversi tipi di vaccino trivalente, come quello "adiuvato" particolarmente indicato per le persone più anziane perché offre uno stimolo più intenso al sistema immunitario o quello

che si somministra per via transdermica. È disponibile anche il vaccino quadrivalente, che protegge contro tutti e quattro i virus potenzialmente circolanti (due sono di tipo A e due di tipo B)».

La vaccinazione andrebbe fatta anche dalle persone che a rischio per malattie croniche, ad esempio a carico di cuore, polmoni e reni, che soffrono di diabete o che hanno avuto un tumore. L'inizio della campagna vaccinale è stata fissata per il 2 novembre, ma non bisogna avere fretta: va bene proteggersi anche più avanti, entro il prossimo mese. Le Asl si stanno organizzando.

«Particolare attenzione va prestata al personale sanitario, così come alle persone che seguono anziani potenzialmente a rischio - ha sottolineato Alberto Pilotto, direttore delle Cure Geriatriche dell'ospedale Galliera - Non può e non deve capitare che una persona che vive in un ambiente protetto, in ospedale o in una Rsa si ammali perché il virus viene portato dall'esterno».

F. M.



Il virus sarà più aggressivo rispetto agli altri anni

L'influenza arriva prima per colpa degli immigrati

Il ceppo A/H3 è stato isolato a fine agosto in un bambino sbarcato da noi su un gommone proveniente dalla Libia. Sette milioni di italiani a letto

Perché il virus è in anticipo e più forte

Arriva già l'influenza: la portano gli immigrati

di **LUISA MONINI**

Puntuale ma meno prevedibile del solito l'influenza stagionale 2016-2017 è in arrivo e promette di essere più aggressiva di quella della scorsa stagione per via del ceppo A/H3 isolato a fine agosto in un bambino approdato in Italia su un gommone proveniente dalla Libia; fatto questo che ne prefigura (...)

(...) una più ampia diffusione. Anche gli altri due virus noti come A/Hong Kong (H3N2) e B/Brisbane, hanno subito delle piccole mutazioni che predispongono a una maggiore circolazione dell'influenza. Queste le ragioni che rischiano di mettere a letto nei prossimi mesi 7 milioni circa di italiani. Ecco perché i medici raccomandano di ricorrere alla vaccinazione già a partire da fine ottobre soprattutto nelle categorie di persone più a rischio come i bambini, gli anziani e i pazienti affetti da malattie croniche.

ETICA PERSONALE

Purtroppo in Italia manca una vera cultura della vaccinazione che quindi è da promuovere con campagne di sensibilizzazione e con forme comunicative diverse e innovative che possano raggiungere la popolazione tutta; ivi inclusi i medici, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari. Secondo dati riguardanti l'area genovese, ma in-

dicativa del dato nazionale, il 90% degli infermieri e il 70% dei medici lo scorso anno non si sono vaccinati contro l'influenza. Giancarlo Icardi, dell'Università di Genova precisa che questi dati sono da attribuire a una mancata percezione del rischio e a poca conoscenza della materia «Ma pesa anche una scarsa etica professionale». Ultimamente, gli esperti suggeriscono di estendere la vaccinazione antiinfluenzale anche alle donne al secondo, terzo trimestre di gravidanza per evitare alla madre e al nascituro le possibili serie complicanze in caso di influenza. Il vaccino inoltre proteggerebbe il bambino, nei primi quattro mesi di vita, dal rischio di contrarre la malattia. Bando alle facili critiche rivolte agli eventuali e sporadici insuccessi vaccinali, bisogna precisare che la vaccinazione è e rimane l'unica vera, valida arma per prevenire e combattere l'influenza e nel malaugurato caso che non si dimostri efficace nello sventare l'attacco virale, comunque ne attenuerà sicuramente la manifestazione clinica e le eventuali complicanze.

I CONSIGLI

Come combattere i virus, vaccini a parte? Mettendo in pratica la più elementare delle norme igieniche: lavandosi spesso le mani. È quanto raccomandano gli esperti

per aiutare a controllare il contagio dei virus trasmessi per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce ma che si possono anche trasmettere attraverso il contatto delle mani e delle secrezioni respiratorie. Val qui la pena ricordare che anni fa presero il via numerose campagne volte proprio a sollecitare i medici a questa buona pratica che evita parecchie infezioni ospedaliere.

Occorre anche adottare una buona igiene respiratoria coprendo bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, usando preferibilmente fazzolettini usa e getta.

Non ultimo, è consigliabile l'isolamento volontario a casa delle persone con malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale e l'uso di mascherine da parte di chi presenta sintomi influenzali quando si trovano in ambienti sanitari.

È dunque di fondamentale importanza rispettare le elementari norme igieniche e le dovute precauzioni a casa, a scuola, sul lavoro e in tutti i locali pubblici.



Sono quasi 4 milioni, aumentati di un terzo in dieci anni

È l'Italia il paradiso degli ottantenni

Nel nostro Paese sono ormai il 6,5% della popolazione: record in Europa. Ma sul reddito siamo solo undicesimi

Ecco il nostro (unico) primato positivo in Europa

Siamo il paradiso degli ottantenni: +30% in dieci anni

di **FRANCO BECHIS**

È il solo primato che l'Italia abbia raggiunto in Europa, il solo primo posto che abbia nelle classifiche di Eurostat, che è l'Istat della comunità europea: è il Paese che ha la più alta percentuale di ultra ottantenni. Nel 2015 gli italiani con più di 80 anni (...)

(...) erano quasi 4 milioni, e rappresentavano il 6,5% della popolazione. È il record europeo, e alle spalle dell'Italia ci sono la Grecia (6,3%), la Spagna (5,9%), la Francia (5,8%) e la Germania (5,6%). Una crescita notevole, perché soltanto dieci anni prima gli ultraottantenni in Italia erano 2,8 milioni e rappresentavano il 4,9% della popolazione, percentuale che era sensibilmente inferiore a quella della Svezia (5,4%).

La crescita degli anziani riguarda tutta Europa, visto che negli stessi dieci anni la popolazione con più di 80 anni è cresciuta da 19,7 a 26,7 milioni pari al 5,3% della popolazione complessiva. Ed è una buona notizia in genere, perché significa che l'aspettativa di vita è cresciuta rapidamente e i progressi della medicina hanno aiutato a renderla stabile ed effettiva. Non è indice solo di quell'innalzamento generale della popolazione di cui spesso ci si lamenta perché in Europa scendono gli indici di natalità e di conseguenza aumenta l'età media. Qui cresce il numero assoluto, e se l'Italia è diventata il paradiso degli ottantenni non c'entra la difficoltà a creare nuove famiglie e fare bambini.

ASPETTATIVA DI VITA

Arrivati ad 80 anni precisi

è cresciuta notevolmente anche l'aspettativa di vita in Italia come in tutta Europa. Se dieci anni fa in media i neo-ottantenni italiani potevano attendersi ancora in media 8,9 anni di vita (9,6 le donne e 7,7 gli uomini), nel 2015 quella aspettativa è ulteriormente cresciuta e in media possono attendersi di campare ancora 10 anni, fino al compimento del 90° anno di età (quasi 11 anni le donne e 8,8 gli uomini che rappresentano il 35,6% di questa fascia di popolazione). Con queste cifre l'Italia si avvicina sempre di più al Paese del mondo dove si vive meglio la terza età: il Giappone, che proprio recentemente ha superato quota 10 milioni di popolazione con più di 80 anni raggiungendo la quota percentuale del 7,9%. Lì per altro gli ultrassessantacinquenni sono 33,84 milioni pari al 26,7% degli abitanti ed è il record mondiale.

L'Italia sembrerebbe il paese di bengodi per chi ha qualche anno in più, e in parte è così perché pur nei tagli periodici della spesa sociale, il sistema sanitario si è sempre più focalizzato sugli anziani in questo decennio, ma è per la maggiore parte sbilanciato sulla cura e il mantenimento di quelli non autosufficienti. Assai diverso il discorso sulla qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria per chi è autosufficiente. Esiste una classifica europea anche su questo aspetto, che calcola l'aspettativa di vita in buona salute degli anziani, e qui l'Italia non primeggia affatto, anzi: è sotto la media degli altri Paesi europei, e quel che è peggio ha ridotto l'aspettativa di vivere e stare bene di quasi un anno ri-

spetto a dieci anni fa. Un'altra classifica mette in risalto una differenza drammatica: oltre il 50% degli ultraottantenni in Italia muore a casa sua, che sembrerebbe una bella cosa. Invece non lo è, perché questa è la spia di una delle principali pecche del sistema sanitario italiano, che raramente punta sulla assistenza domiciliare degli anziani. Quella percentuale per esempio è appena del 10% in Gran Bretagna, e intorno al 20% nella agguerrita parte degli altri paesi europei. Non si tratta di una scelta di vita (in genere si preferirebbe morire nel proprio letto piuttosto che in un ospedale o in una casa di cura), ma della capacità del sistema sanitario di seguire gli anziani. Dove ci sono controlli periodici domiciliari, si capisce subito quando qualcosa non funziona, e in caso di emergenza scattano subito le cure - fossero solo quelle antidolorifiche se altro non è possibile fare - nelle strutture più appropriate. È un deficit, non certo un vanto della sanità italiana abbandonare a se stessi gli ultraottantenni. Naturalmente questo avviene in modo assai diverso sul territorio nazionale, e in Lombardia assai meno di quello che accade in Campania o in Calabria.

MOBILITÀ TURISTICA



ANZIANI IN EUROPA

Persone di 80 anni e più nei Paesi dell'Unione Europea (Gennaio 2015, fonte Eurostat)

Paese	Percentuale popolazione	Numero
ITALIA	6,5%	3.977.448
GRECIA	6,3%	680.969
SPAGNA	5,9%	2.732.405
FRANCIA	5,8%	3.850.802
PORTOGALLO	5,7%	595.570
GERMANIA	5,6%	4.544.298
BELGIO	5,4%	611.388
SVEZIA	5,1%	499.408
FINLANDIA	5,1%	277.477
LITUANIA	5,1%	149.111
AUSTRIA	5,0%	429.851
SVIZZERA	5,0%	408.701
ESTONIA	5,0%	65.292
LETONIA	4,9%	96.615
GRAN BRETAGNA	4,8%	3.093.013
SLOVENIA	4,8%	99.523
CROAZIA	4,7%	197.164
BULGARIA	4,6%	331.193

Paese	Percentuale popolazione	Numero
OLANDA	4,3%	734.976
NORVEGIA	4,3%	220.439
UNGHERIA	4,2%	418.295
DANIMARCA	4,2%	239.409
ROMANIA	4,1%	815.899
SERBIA	4,1%	294.417
POLONIA	4,0%	1.525.896
REPUBBLICA CECA	4,0%	418.698
LUSSEMBURGO	4,0%	22.294
MALTA	4,0%	17.129
ISLANDA	3,7%	12.052
LIECHTESTEIN	3,4%	1.269
CIPRO	3,2%	27.506
SLOVACCHIA	3,1%	168.459
IRLANDA	3,1%	141.566
MONTENEGRO	2,7%	17.066
ALBANIA	2,2%	64.492
MACEDONIA	2,2%	46.125



Altra nota dolente: il reddito a disposizione delle persone anziane. Quello in mano in media agli ultrasessantacinquenni italiani è all'11° posto sui 28 Paesi dell'Unione europea, e davanti ci sono non solo i grandi Paesi, ma pure la Grecia. In Italia si vive dunque di più, ma gli anziani non sono trattati così bene, anzi spesso mancano politiche economiche e di welfare adeguate per questi numeri. C'è un altro indicatore che racconta questa disparità, e dice che quando in Italia si va in pensione non è che ci si goda poi troppo la vita. È un'altra classifica Eurostat a raccontarla, e mette insieme la mobilità turistica interna degli ultrasessantacinquenni con la spesa media giornaliera che possono sostenere. Gli anziani italiani sono al 16° posto su 28 per mobilità turistica, e al 19° come possibilità di spesa quotidiana. Due dati indice non solo di una povertà relativa rispetto ad anziani di altri paesi, ma anche di un diverso ruolo ricoperto. Non ce la si gode quando si va in pensione perché il piccolo reddito a disposizione è diventato in Italia sempre più necessario a supportare il welfare nazionale, per aiutare nipoti e famiglie in cui la disoccupazione è il principale dramma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA TOP TEN PER L'ASPETTATIVA DI VITA (IN ANNI) DEGLI 80ENNI



Non possiamo vivere più di 122 anni È scritto nel nostro orologio biologico

Secondo una ricerca pubblicata da «Nature», nessun uomo è stato più longevo, anche se i centenari sono in costante aumento. In Italia se ne contano oltre 19.000. Trent'anni fa erano appena 300

*La più vecchia
al mondo è italiana
Si chiama Emma
Morano, e ha 116 anni*

*Non esiste alcuna
variante genetica
che ci assicuri
un futuro più lungo*

di **ROBERTA MERCURI**

■ Un tempo i centenari bisognava andarli a cercare con la lente d'ingrandimento: agli inizi del Novecento in Italia erano una cinquantina su 30 milioni di abitanti. Poi, grazie ai progressi nella medicina, nell'alimentazione e nella cura della persona, hanno cominciato a moltiplicarsi. Se negli anni Ottanta, sempre nel nostro Paese, erano 300, al primo gennaio 2015 se ne contavano 19.095. E un dossier del Pew Research Center, un think tank statunitense, dice che, nel mondo, gli ultracentenari passeranno dagli attuali 451.000 a 3.676.000 nel 2050.

Ma quanto possiamo aspettarci che si allungherà la vita umana? Secondo una accurata ricerca statistica svolta in quaranta Paesi e appena pubblicata su *Nature* dal genetista molecolare Jan Vijg dell'Albert Einstein College di New York, non potremo andare oltre i 122 anni. È scritto nel nostro orologio biologico. La donna più anziana, la francese Jeanne Calment, è morta a 122 anni nel 1997. Da allora il numero di centenari nel mondo è aumentato, eppure nessuno ha superato il suo record. Anzi, dopo la morte della Calment, anno dopo anno, il record di longevità si è andato abbassando. «Evidentemente esiste un limite alla lunghezza della vita umana», ne deduce Vijg. Anche Colin Blakemore, docente di Neuroscienze presso la School of Advanced Study di Londra, ritiene che il tetto massimo raggiungibile dall'organismo umano è di 120 anni. Non tutti, però, sono d'accordo. Claudio Franceschi dell'università di Bologna, coordinatore

del progetto europeo Nu-Age su cibo e invecchiamento, spiega: «Nel verme *Caenorhabditis elegans* abbiamo allungato la vita di dieci volte, nel moscerino della frutta di due, nel topo del 30 per cento. L'uomo è un organismo più complesso, ma è ovvio che esistono strade per estendere la vita, soprattutto quella trascorsa in salute. Non esiste alcun programma genetico che a un certo punto ci ordini di morire».

GOOGLE Digitando su Google «Come si diventa centenari?» appaiono, solo in italiano, 532.000 risultati. Ripetendo l'operazione in inglese (how to live 100 years) le risposte salgono a quasi 800 milioni.

GENOMA L'analisi del genoma di 17 anziani di più di 110 anni di età - al mondo ce ne sono 74 - indica che non esiste alcuna variante genetica in grado di assicurare una longevità fuori dal comune. È la conclusione a cui è giunta la Stanford University e l'Università della California (Ucla) di Los Angeles in uno studio pubblicato da *PlosOne*.

BLUE ZONES Si chiamano «blue zones» i luoghi dove si conta una maggiore concentrazione di centenari. Sono: la provincia di Nuoro, l'isola di Ikaria in Grecia, Okinawa in Giappone, la penisola di Nicoya in Costa Rica e il villaggio di Loma Linda in California. Tutte sono accomunate da una bassa incidenza di malattie come il cancro. Gli abitanti seguono una dieta basata soprattutto su verdure e legumi, camminano molto e hanno una struttura sociale che mette la famiglia al centro delle loro giornate. Il ri-

cercatore Gianni Pes: «I fattori che fanno vivere a lungo sono l'intensa attività fisica legata alla pastorizia, l'inclinazione elevata del terreno, la distanza dal luogo del lavoro» (riferito soprattutto all'Ogliastro e a Ikaria). «A Ikaria si consumano molta maggiorana e salvia, menta e rosmarino, finocchio e artemisia. La colazione è a base di latte di capra, tè o caffè, pane e miele. A pranzo non mancano lenticchie e ceci, patate e verdure. Per cena, invece, si sta leggeri: pane e, di nuovo, latte di capra. Il patrimonio genetico conta poco o nulla».

TELOMERI Secondo uno studio su oltre 4.600 donne firmato dal Brigham and Women's Hospital di Boston, chi mangia «all'italiana» presenta una maggiore lunghezza dei telomeri, le sequenze di Dna alle estremità dei cromosomi «spie» dell'invecchiamento: telomeri più corti indicano un'aspettativa di vita inferiore, più lunghi accompagnano ai 100 anni. Obesità, tabacco, troppa carne, bevande zuccherate, stress ossidativo, infiammazione accorciano i telomeri. Frutta, verdura, noci, olio d'oliva li preservano.

BATTERI Una ricerca compiuta da Università di Bologna e Cnr, pubblicata di recente su *Current Biology* ha dimostrato che molti centenari hanno una composizione particolare dei batteri intestinali, ricca di alcune specie e povera di altri.

PROTEINE Un team di Harvard sta studiando la proteina Gdf11, che avrebbe dimostrato una grande capacità nel ringiovanire il sangue dei topi, al punto di invertire il loro processo di invecchiamento.



RECORD La persona più vecchia al mondo è l'italiana Emma Morano, 116 anni. Solo da qualche anno ha due badanti, ma si prepara il cibo da sola. La sua dieta: due tuorli d'uovo, pastina in brodo con carne tritata, mele frullate con tresavoiardi. Non esce di casa da 25 anni, quando andò a pranzare con un cugino sul lungolago. Trovò così difficile fare le scale per rientrare in casa che decise di non muoversi più. Non guarda la tv, non riesce a leggere. Tutte le sere dice le preghiere, un po' in italiano e un po' in latino. Ricorda tutti i suoi morti, uno per uno.

FRATELLI I fratelli Barberis di San Damiano d'Asti sono la famiglia più longeva d'Italia: Giuseppina a giugno ha compiuto 107 anni, Lorenzo a marzo ne ha compiuti 103, Maria l'8 gennaio ne ha compiuti 100. I tre fratelli sono lucidissimi e autonomi. Un altro fratello Michele è morto a 100 anni, la «più giovane», Francesca, a 92.

BAMBINI Secondo il demografo americano James Vaupel, la metà dei bambini nati nel 2007 raggiungerà i 102 anni in Germania, i 103 nel Regno Unito, i 104 in Francia e negli Usa, e i 107 in Giappone.

ALLEN «Ho 80 anni ma, a parte qualche problema di udito, sono in forma, mangio bene, faccio esercizio. Mia madre è morta a poco meno di cent'anni, mio padre a poco più: spero di aver ereditato la loro longevità» (Woody Allen).

JELLA Il comune laziale di Campodimele che dopo aver raggiunto fama mondiale nel 2000 vide crepare tutti i propri centenari, al punto che gli abitanti si convinsero che fosse stata colpa dell'eccessiva esposizione mediatica: «Lasciateci in pace», gridarono, «ogni volta che vi occupate di noi succede qualcosa».

ZUCCHE «Quando ero ragazzo se qualcuno compiva cento anni finiva con la foto sulla *Domenica del Corriere* insieme alle zucche di 50 chili e i vitelli con due teste» (Umberto Eco).

© RIPRODUZIONE RISERVATA