



RASSEGNA STAMPA

08-02-2017

1. QUOTIDIANO SANITÀ Il White Paper: ricerca, diagnosi e cura del tumore alla vescica
2. MESSAGGERO Tajani rinvia il controverso film anti-vaccini
3. ANSA Film anti-vaccini 'Vaxxed' al Parlamento Ue, Lorenzin scrive a Tajani
4. AVVENIRE Fine vita, la nutrizione si può sospendere. Nessuna intesa, la legge non cambia
5. QUOTIDIANO SANITÀ Il Vaticano presenta la Nuova Carta degli Operatori Sanitari: “No all’aborto, no all’eutanasia, no all’accanimento terapeutico”
6. AGI Soft drink, aziende Ue ridurranno ancora zuccheri: -10% entro 2020
7. ILSOLE24ORE.COM Stati vegetativi e risvegli, presa in cura centrata sulla persona
8. STAMPA Chi è povero è a rischio salute e perde anche 2 anni di vita
9. CORRIERE DELLA SERA Ricerca, il tesoretto segreto non c'è
10. STAMPA Il pesciolino che vive appena tre mesi racchiude molti segreti della longevità umana
11. PANORAMA.IT Meningite: Lorenzin, 3 casi al giorno, uniche armi prevenzione e vaccini
12. MESSAGGERO Meningite: portatore sano 1 su 10
13. STAMPA Quattro pazienti paralizzati rispondono con il pensiero
14. ILSOLE24ORE.COM Il rinnovo dell'Istituto superiore di Sanità: nuovo look e R&S da 35 milioni
15. LA VERITA' Intervista a Carlo Valerio Bellini - «La fecondazione artificiale aumenta i rischi della nascita»
16. REPUBBLICA Il giallo degli endoscopi esami bloccati in ospedale dopo i fini a ripetizione
17. STAMPA Addio agli ultimi manicomi criminali
18. AVVENIRE Traffico d'organi un velo da alzare - Traffico d'organi, emergenza mondiale

Martedì 07 FEBBRAIO 2017

Il White Paper: ricerca, diagnosi e cura del tumore alla vescica

Si chiama White Paper ed è il documento stilato dalle Associazioni dei pazienti e dalle società scientifiche per fare il punto sul trattamento del tumore alla vescica. Ogni anno, questa patologia costa all'Europa quasi 5 miliardi di euro. È una malattia dimenticata, ma nel nostro Paese assorbe il 7% dell'intera spesa sanitaria. Servono team multidisciplinari.

Il numero di nuovi casi registrati ogni anno è così alto da rappresentare la quinta neoplasia del mondo occidentale. A causa delle numerose recidive è una delle patologie che maggiormente incide sulla spesa del Sistema Sanitario. Si tratta del tumore della vescica che colpisce, ogni anno, in Europa 175 mila persone e 27 mila in Italia. Nel 2012 la cifra investita per la cura di questo tumore è stata pari al 5% del costo totale di tutte le altre neoplasie.

E in Italia, dove si registrano dati epidemiologici preoccupanti, essendo il Paese con un'incidenza tra le più alte in assoluto di Europa, il costo annuo per la gestione della malattia rappresenta il 7% dell'intera spesa sanitaria. Nonostante tutto, in 25 anni, la strada percorsa in materia di ricerca è stata breve. Per questo motivo, le associazioni dei pazienti e le principali società scientifiche coinvolte nel trattamento della malattia chiedono alle Istituzioni maggior impegno e lo fanno attraverso un documento, il White Paper. Innanzitutto, chiedono una forte sensibilizzazione dei cittadini sui fattori di rischio con la modifica di alcune leggi in materia di salute e sicurezza sul lavoro, poi l'istituzione di team multidisciplinari per il trattamento in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti e più risorse economiche, sia pubbliche sia private, da investire.

Chi ha aderito al progetto

L'iniziativa è stata presentata oggi a Roma su iniziativa di F.a.v.o. (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), con la collaborazione di Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica), Siu (Società Italiana di Urologia), Siuro (Società Italiana di Urologia Oncologica), Fincopp (Federazione italiana incontinenti e disfunzioni del pavimento pelvico) e Associazione PaLiNUro (Pazienti Liberi dalle Neoplasie Uroteliali), e con il contributo non condizionante di Ipsen e di Roche. Il documento fotografa temi come: prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e reinserimento sociale.

Un tumore dimenticato

“Il carcinoma della vescica – ha detto Francesco De Lorenzo, presidente di F.a.v.o. e di Ecpc (European Cancer Patient Coalition) - è ancora oggi un tumore dimenticato, nonostante rappresenti in Europa la quarta causa di morte per tumore nell'uomo e la decima nella donna. Il Documento che oggi abbiamo illustrato – ha aggiunto De Lorenzo – già presentato da Ecpc per sensibilizzare il Parlamento Europeo e la Commissione Europea, con riscontri incoraggianti sia sul piano dell'aggiornamento delle direttive comunitarie che su quello del potenziamento dell'attività di ricerca, intende sensibilizzare associazioni dei pazienti, curanti, istituzioni e opinione pubblica per fronteggiare le criticità che impediscono ai pazienti con tumore della vescica di ottenere i migliori risultati sia in termini di trattamenti terapeutici che di riabilitazione e facilitazione del ritorno a una vita autonoma e attiva.”

Le cause del carcinoma alla vescica

Il fumo rappresenta la causa più importante nello sviluppo del carcinoma della vescica con percentuali che, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si aggirano intorno al 40-70% di tutti i casi. Così come l'esposizione nei posti di lavoro ad alcune sostanze chimiche, come coloranti, diserbanti, idrocarburi, polveri e fumi metallici, rappresenta un fattore di rischio elevato: il 21-27% dei carcinomi della vescica nella popolazione maschile e l'11% in quella femminile sono da attribuirsi a cause professionali. Il White Paper raccomanda quindi: continuo impegno da parte dei Paesi Ue nella lotta al tabagismo promuovendo campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione.

La situazione italiana

Piemonte, Campania, Lombardia e Isole sono le regioni che registrano il numero più elevato di nuovi casi e una più alta mortalità: tra le possibili ragioni, l'elevata età media della popolazione e il maggior rischio di esposizione professionale. Fattore indispensabile, come per le altre forme di tumore, risulta essere la diagnosi precoce: per 8 pazienti su 10 (80%) la sopravvivenza a cinque anni aumenta se la malattia viene diagnosticata in fase iniziale, a fronte di 1 paziente su 10 (10%) nel caso di diagnosi in stadio avanzato. Un ostacolo alla possibilità di individuare la malattia nei primi stadi è dato dall'eterogeneità dei sintomi che non sempre vengono riconosciuti.

La diagnosi

“Un concreto passo in avanti a favore della diagnosi precoce è oggi possibile ricorrendo a una nuova metodica di diagnosi fotodinamica che, grazie a un mezzo di contrasto fotosensibile, permette di scoprire focolai di forme preneoplastiche invisibili a occhio nudo – ha sottolineato Vincenzo Mirone, professore Ordinario di Urologia presso l'Università Federico II di Napoli, e Segretario Generale della Società Italiana di Urologia - Rispetto alla normale cistoscopia a luce bianca, la cistoscopia con mezzo di contrasto a luce blu è in grado di evidenziare sulla parete vescicale delle microalterazioni neoplastiche, anche infinitamente piccole, che diversamente sfuggirebbero all'attenzione del chirurgo.” Anche le ricerche volte all'individuazione di marcatori tumorali promettono di dare una svolta significativa alla gestione di questa neoplasia, offrendo la possibilità di ulteriori metodologie per la diagnosi precoce ma anche per il monitoraggio post-trattamento e della recidiva.

Paese che vai, trattamento che trovi

La possibilità per il paziente di accedere a trattamenti oncologici innovativi, purtroppo, fa registrare ancora profonde disparità nei vari Paesi. Considerando le 37 nuove terapie introdotte nel quadriennio 2009-2013, gli Stati Uniti sono il Paese che ha garantito il più facile accesso (ben 31 trattamenti), mentre la Spagna ne ha messi a disposizione solo la metà. Per l'Italia, la percentuale si attesta attorno al 60%. Tali differenze, sono destinate a divenire ancora più marcate in vista dell'imminente cambio di paradigma introdotto dall'immunoterapia. È evidente la necessità che, sia a livello europeo sia a livello italiano, vengano fatti rapidi passi in avanti per garantire l'accesso dei malati a queste nuove promettenti terapie.

Il tumore alla vescica e la qualità della vita

“La cistectomia radicale è una delle più traumatiche operazioni chirurgiche in ambito oncologico in termini di impatto sulla qualità di vita, esponendo il paziente a rischi di complicanze funzionali quali problemi della sfera sessuale e incontinenza urinaria. Interventi riabilitativi e terapeutici intrapresi con tempestività, sia sul versante dell'andrologia (per i problemi sessuali) sia sul versante dell'Urologia Funzionale (per i problemi della incontinenza) sono cruciali per consentire un recupero funzionale che può essere anche significativo – ha spiegato Roberto Carone, presidente della Società Italiana di Urologia e Direttore della Struttura Complessa di Neuro-Urologia della A.O.U. Città della salute e della scienza di Torino -. In particolare oggi in Italia possiamo contare sulla presenza di elevate competenze nell'ambito dell'urologia funzionale e della uro-riabilitazione, ma all'alto livello qualitativo non corrisponde una distribuzione sul territorio nazionale omogenea e quantitativamente adeguata. E' auspicabile – ha concluso Carone - una maggiore interazione tra uro-oncologia e urologia funzionale, con la creazione di team multidisciplinari in grado, sulla base di competenze integrate, di assicurare il miglior percorso terapeutico per il paziente”.

Dopo la lettera della **Lorenzin**

Tajani rinvia il controverso film anti-vaccini

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** scrive al presidente del Parlamento europeo Antonio Tajani chiedendo un suo intervento contro il film "Vaxxed". «Abbiamo appreso che per il prossimo 9 febbraio è stata programmata a Bruxelles l'iniziativa "Vaccine - Safety in question" presso il Parlamento Europeo - scrive il ministro - Risulta prevista la proiezione della pellicola "Vaxxed. From cover-up to catastrophe". La **Lorenzin** chiede a Tajani una «ferma e autorevole presa di posizione nei confronti dell'evento, allo scopo di ristabilire i corretti termini della situazione e di evidenziare i pericoli determinati dalla diffusione di messaggi di tale gravità». La proiezione del film era stata bloccata al Senato alcuni mesi fa, dopo le forti polemiche. Tajani ha risposto al ministro spiegando che «la proiezione del documentario sarà spostata di due giorni in una sede fuori del Parlamento europeo».



<http://www.ansa.it>

Film anti-vaccini 'Vaxxed' al Parlamento Ue, Lorenzin scrive a Tajani

Dopo lettera ministro stop a proiezione



"Abbiamo recentemente appreso che per il prossimo 9 febbraio è stata programmata a Bruxelles l'iniziativa 'Vaccine - Safety in question' presso il Parlamento Europeo. Da quanto riportato risulta prevista la proiezione della pellicola "Vaxxed - from cover-up to catastrophe". Lo afferma il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che, in una lettera al presidente del Parlamento europeo Antonio Tajani, chiede una sua "ferma e autorevole presa di posizione nei confronti dell'evento, allo scopo di ristabilire i corretti termini della situazione e di evidenziare i pericoli determinati dalla diffusione di messaggi di tale gravità". La proiezione del film era stata bloccata al Senato italiano alcuni mesi fa, dopo le forti polemiche. "Ritengo l'iniziativa particolarmente dannosa poichè punta a guadagnare un ribalta Ue per posizioni settarie", rileva.

Nella lettera al presidente del Parlamento europeo, Lorenzin afferma di ritenere l'iniziativa "particolarmente dannosa poiché punta a guadagnare un ribalta europea per posizioni settarie e destituite da ogni fondamento scientifico, che già sono state respinte energicamente a livello nazionale. I contenuti ideologici che saranno veicolati - rileva - rischiano altresì di essere altamente insidiosi per le politiche di sanità pubblica, con effetti potenzialmente molto negativi su componenti dell'opinione pubblica europea". All'iniziativa, precisa il ministro, "prenderanno parte noti attivisti del fronte anti-vaccinazioni, sulla cui reputazione la comunità scientifica ha

da tempo espresso una valutazione inequivocabile, accompagnata dall'adozione di provvedimenti formali da parte delle Autorità competenti". Il Governo italiano, prosegue, "è particolarmente impegnato sul tema dei vaccini, che io stessa tratterò nel corso di un imminente incontro già programmato con il Commissario Europeo alla Salute". "Le chiedo pertanto - conclude Lorenzin - una ferma e autorevole presa di posizione nei confronti dell'evento".

A seguito della lettera del ministro, la proiezione del film é stata quindi spostata fuori dal Parlamento europeo ed in una data differente rispetto a quella prevista e coincidente con l'iniziativa 'Vaccine - Safety in question' in programma il 9 febbraio. Il Gabinetto del presidente Tajani, informa il ministero della Salute, ha infatti confermato che l'onorevole Michele Rivasi - promotore della proiezione della pellicola - ha accettato di spostare la data della proiezione del film-documentario 'Vaxxed' di due giorni e in una sede fuori dal Parlamento europeo.

Fine vita. «La nutrizione si può sospendere». Nessuna intesa, la legge non cambia

**Respinti in Commissione
alla Camera tutti
gli emendamenti
per correggere il ddl
in uno degli aspetti
che rischiano di aprire
la porta all'eutanasia**

FRANCESCO OGNIBENE

Niente da fare: salvo colpi di scena, la nutrizione assistita per pazienti non più in grado di alimentarsi da sé potrà essere sospesa, equiparata per legge a una terapia. È l'esito del nuovo muro contro muro di ieri in Commissione affari sociali della Camera, alle prese con il comma 5 dell'articolo 1, scoglio della legge sul fine vita attesa in aula il 20 febbraio. Un appuntamento al quale i fautori del provvedimento sono determinati ad arrivare, a costo di procedere con sedute notturne. Il presidente della Commissione Mario Marazziti spiega che a decidere sarà, oggi, l'ufficio di presidenza «per un confronto sui tempi che ci occorrono. Bisogna ricordare che c'è anche l'aula per sciogliere alcuni nodi che per il momento restano sul tavolo». Ma i numeri alla Camera sono talmente ampi da rendere problematica una modifica in un punto chiave sul quale sinora la maggioranza Pd-M5S-Sinistra italiana si è mostrata compatta. E se i radicali dell'Associazione Coscioni scambiano la tenace battaglia di alcuni deputati per «ostruzionismo» da «azzecagarbugli», il leghista Alessandro Pagano ironizza che «con la disoccupazione galoppante, imprese e famiglie sul lastrico, terremotati al freddo, giovani che espatriano, la priorità del Pd è votare anche di notte pur di approvare quanto prima la legge che legalizza l'eutanasia». Certo, la bocciatura sistematica di tutti gli emendamenti correttivi del comma 5 non aiuta il cantiere di una legge che parla di vita e di morte. Eugenia Roccella si augura «che il Pd non si irrigidisca e apra almeno a correzioni che tendono a mantenere nel sistema sanitario il *favor vitae*». Senza interventi sul comma 5, mette in chiaro Gian Luigi Gigli, «si apre di fatto all'Italia il suicidio assistito», con medici e strutture pubbliche tenuti «ad accompagnare la scelta suicidaria», preoccupazione condivisa da Paola Binetti. A parere di Raffaele Calabrò la legge che autorizza a far morire di fame e di sete un paziente «porterà solo divisioni nella maggioranza di governo e nello stesso Pd», apparso invero su questo punto compatto come non accade altrove. «Grave preoccupazione» la esprime il presidente dei Medici cattolici Filippo Maria Boscia, che parla di «possibile stravolgimento del rapporto tra medico e paziente» se il primo è ridotto a svolgere una «mera funzione notarile». Conclude Marazziti: «Occorre uno sforzo di coraggio per trovare un accordo che tolga il dubbio di possibili scivolamenti in senso eutanasi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 07 FEBBRAIO 2017

Il Vaticano presenta la *Nuova Carta degli Operatori Sanitari*: “No all’aborto, no all’eutanasia, no all’accanimento terapeutico”

Il documento, che aggiorna la precedente edizione del 1995, è diviso in tre grandi sezioni: generare, vivere e morire. La Chiesa ribadisce la sua posizione di sempre sui grandi temi etici e sul biotestamento afferma che “la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente” vanno rispettati. Ma anche che “il medico non è comunque un mero esecutore” e ha “il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi dalla propria coscienza”.

Generare, vivere e morire. Le tre grandi fasi dell’esistenza nelle quali è suddivisa la Nuova Carta degli Operatori Sanitari presentata ieri in Vaticano durante la Conferenza stampa per la 25ª Giornata Mondiale del Malato che si svolgerà il prossimo 11 febbraio a Lourdes.

Delle 452 pagine della Nuova Carta, che sostituisce quella del 1995, ha parlato estesamente il Professor Antonio Gioacchino Spagnolo, Direttore dell’Istituto di Bioetica e Medical Humanities, della Facoltà di Medicina e chirurgia “A. Gemelli” dell’Università Cattolica del S. Cuore di Roma.

Ecco il suo intervento integrale:

“Le conquiste della ricerca biomedica e le nuove realtà socio sanitarie che si sono venute a determinare dopo il 1994, come pure i pronunciamenti del Magistero della Chiesa cattolica che sono stati emanati nell’ambito delle scienze della vita e della salute (quelli dei Pontefici Giovanni Paolo II, Benedetto XVI, Papa Francesco, i documenti della Congregazione per la Dottrina della fede e della Pontificia Accademia per la Vita) hanno reso necessaria una revisione e aggiornamento della Carta degli Operatori Sanitari. La carta ha mantenuto comunque la sua struttura originaria di strumento per una seria preparazione e formazione continua sul piano etico degli Operatori sanitari, per mantenere la dovuta competenza professionale e la loro vocazione a ministri della vita.

Innanzitutto, l’attenzione iniziale è stata rivolta considerando uno spettro più ampio delle persone coinvolte in ambito biomedico: accanto alle classiche figure professionali sanitarie (personale medico, infermieristico e ausiliario) sono state considerate anche altre figure che a vario titolo operano nel mondo della salute, come biologi, farmacisti, operatori sanitari del territorio, amministratori, legislatori in materia sanitaria, operatori nel settore pubblico e privato.

Alcuni nuovi articoli riguardano proprio loro, e a loro è richiesta una particolare responsabilità nello svolgimento del loro servizio. Tutti questi operatori svolgono la loro pratica quotidiana in una relazione interpersonale, contraddistinta dalla fiducia di una persona segnata dalla sofferenza e dalla malattia, la quale ricorre alla scienza e alla coscienza di un operatore sanitario che le va incontro per assisterla e curarla.

La Carta vuole sostenere la fedeltà etica dell’operatore sanitario, nelle scelte e nei comportamenti in cui prende corpo il servizio alla vita e questa fedeltà viene delineata seguendo le tappe dell’esistenza umana: generare, vivere, morire, quali momenti di riflessioni etico-pastorali.

Nella Sezione del generare sono stati meglio specificati i criteri per la cura dell’infertilità e il riferimento ai metodi naturali non solo per la regolazione della fertilità ma anche come metodi per ottenere una gravidanza. Inserimento anche un articolo sul congelamento di tessuto ovarico (art. 38), risposta eticamente sostenibile nel caso di terapie oncologiche che possono alterare la fertilità della donna.

Sono poi presi in considerazione i nuovi tentativi di generazione umana in laboratorio (art. 39): tra gameti

umani e animali, di gestazione di embrioni umani in uteri animali o artificiali, di riproduzione asessuale di esseri umani mediante fissione gemellare, clonazione, partenogenesi o altre tecniche consimili.

Tutti procedimenti questi che contrastano con la dignità umana dell'embrione e della procreazione, per cui sono da considerarsi moralmente inaccettabili.

Tra le diagnosi prenatali, accettabili ad alcune condizioni, viene stigmatizzata, invece la diagnosi pre-impianto (art. 36) come espressione di una mentalità eugenetica che legittima l'aborto selettivo per impedire la nascita di bambini affetti da varie malattie.

Nella Sezione del vivere è confermata la posizione di sempre riguardo all'aborto inserendo dei nuovi articoli riguardo alla riduzione embrionale, intercezione, contragestazione, feti anencefalici, gravidanze ectopiche, tutela del diritto alla vita (artt. 51-59).

Attenzione rivolta anche al tema della prevenzione e dei vaccini, oggetto di recente dibattito pubblico (artt.69-70). Attuale dal punto di vista scientifico il riferimento alla terapia genica e alla medicina rigenerativa (artt. 80-82).

Sul piano sociale la Carta si sofferma sul tema dell'accesso ai farmaci e alle tecnologie disponibili da parte della popolazione (art. 91), accesso che ancora oggi, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo – soprattutto in quelli caratterizzati da una instabilità politica o da scarse risorse economiche non è garantito a larghe fasce di popolazione e ciò soprattutto nel caso delle cosiddette "malattie rare" e "neglette", alle quali si accompagna il concetto di "farmaci orfani" (art. 92).

E agli operatori sanitari e le loro Associazioni professionali viene chiesto di farsi promotori di una sensibilizzazione delle istituzioni, degli enti assistenziali, dell'industria sanitaria, affinché il diritto alla tutela della salute sia esteso a tutta la popolazione affinché si arrivi ad una giustizia sanitaria, salvaguardando la sostenibilità sia della ricerca sia dei sistemi sanitari.

Nuovi anche i riferimenti al coinvolgimento nella sperimentazione di minori o adulti incapaci a decidere, su soggetti vulnerabili, su donne in età fertile in situazioni di emergenza.

Infine, in questa sezione si evidenzia il ruolo della consulenza di etica clinica (art. 140) che può aiutare ad individuare conflittualità e dubbi etici, che singoli operatori sanitari, pazienti e familiari possono sperimentare nella pratica clinica, facilitandone così la risoluzione con scelte diagnostico-terapeutiche condivise al letto del malato, nella cornice valoriale propria della medicina e dell'etica.

Nella sezione del morire viene considerato l'atteggiamento davanti al malato nella fase terminale della malattia, luogo di verifica della professionalità e delle responsabilità etiche degli operatori sanitari (art 145).

In questo ambito, un aspetto molto attuale considerato nella carta – oggetto in questi giorni di molte discussioni nel Parlamento italiano - è il riferimento all'espressione in anticipo da parte del paziente delle sue volontà (art. 150) circa i trattamenti ai quali desidererebbe o no essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso della sua malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso. La carta afferma che deve essere sempre rispettata la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente, ma il medico non è comunque un mero esecutore, conservando egli il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi dalla propria coscienza.

Tema ugualmente rilevante è quello della nutrizione e idratazione, anche artificialmente somministrate (art. 152). Considerate tra le cure di base dovute al morente, quando non risultino troppo gravose o di alcun beneficio.

La loro sospensione non giustificata può avere il significato di un vero e proprio atto eutanasi, ma è obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. Confermata la eticità della sedazione palliativa profonda nelle fasi prossime al momento della morte, attuata secondo corretti protocolli etici e sottoposta ad un continuo monitoraggio.

Sullo sfondo di questa sezione la tutela della dignità del morire (art. 149) nel senso di rispettare il malato nella fase finale della vita, escludendo sia di anticipare la morte (eutanasia), sia di dilazionarla con il cosiddetto "accanimento terapeutico".

Certamente la Carta non può certamente risultare esaustiva rispetto a tutti i problemi e alle questioni che si impongono nell'ambito della salute e della malattia ma è stata realizzata al fine di offrire linee-guida il più possibile chiare per i problemi etici che si devono affrontare nel mondo della salute in genere in armonia con gli insegnamenti di Cristo, e con il Magistero della Chiesa".

www.agi.it

Soft drink, aziende Ue ridurranno ancora zuccheri: -10% entro 2020

Già ridotto del 12% nel periodo 2000-2015



Milano, 7 feb. (askanews) - L'industria europea dei soft drink ha annunciato che ridurrà gli zuccheri aggiunti nei suoi prodotti di un ulteriore 10% entro il 2020. L'impegno sarà implementato in tutta Europa. Questa iniziativa risponde alle mutevoli preferenze dei consumatori per quanto riguarda l'assunzione di zucchero e le richieste provenienti da Stati membri e Commissione europea per un approccio coordinato sulla riformulazione e riduzione di zucchero. Il settore - che comprende marchi come Coca-Cola, Pepsi e Orangina - continuerà a innovare, riformulare, utilizzare confezioni più piccole per incoraggiare la scelta da parte dei consumatori di bevande a ridotto o nullo contenuto calorico così da raggiungere l'ambizioso obiettivo entro il 2020.

Il settore dei soft drink è un anticipatore nella riduzione di zuccheri aggiunti, con un percorso che inizia nel 1970 quando sono stati introdotti i primi soft drink senza zucchero e senza calorie. E' utile ricordare che nelle bevande analcoliche, la riduzione di zuccheri aggiunti determina una riduzione diretta delle calorie. Nel periodo 2000-2015 questa industria ha ridotto del 12% lo zucchero nelle bevande analcoliche, gassate e non; il nuovo impegno triplica questo ritmo con l'aggiunta di un'ulteriore riduzione del 10% nei prossimi cinque anni .

Attraverso l'unione delle forze a livello europeo, l'impegno ha il merito di mettere in atto un approccio che incide su più di 500 milioni di consumatori europei. L'obiettivo del 10% è riferito

ad un aggregato e tiene conto degli impegni esistenti e nuovi dell'industria sulla riduzione di zucchero assunti a livello locale, alla luce delle specificità nazionali sui diversi modelli e diete alimentari, oltre che delle preferenze dei consumatori nell'UE. L'iniziativa è rivolta alle preferenze dei consumatori in tema di zucchero e calorie.

E' anche una risposta agli inviti della UE a ridurre lo zucchero e riformulare i prodotti in tutto il settore alimentare. L'impegno supporta la Roadmap UE per il miglioramento dei prodotti alimentari e l'Allegato sulla Riduzione Volontaria dello Zucchero Aggiunto con il suo obiettivo di riduzione di zucchero del 10% concordato tra gli Stati membri e la Commissione europea.

L'industria raggiungerà l'obiettivo attraverso l'aumento degli sforzi sulla riformulazione e innovazione di nuovi prodotti - in particolare mediante i dolcificanti a basso contenuto calorico e - e aumentando la disponibilità di confezioni più piccole per consentire il controllo delle porzioni e la moderazione. Inoltre, i produttori di soft drink investiranno nella promozione di bevande con ridotto o nulla presenza di zucchero per incoraggiare attivamente la scelta dei consumatori verso prodotti a basso o nullo contenuto calorico. I progressi, che saranno condivisi con le parti interessate, saranno monitorati da un ente di ricerca indipendente

Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



7 feb
2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Intesa Stato-Regioni

Piano sanitario nazionale - PSN

Ricerca

LAVORO E PROFESSIONE

Stati vegetativi e risvegli, presa in cura centrata sulla persona

di Caterina Pistarini (direttore Uo Risvegli Ircs Maugeri Pavia, Presidente Sirm)

La condizione di stato vegetativo rappresenta un argomento di grande rilevanza sanitaria, sociale ed etico-morale che necessita di una presa in cura centrata sulla persona e sui suoi bisogni, nonché di strutture di riferimento dedicate che, nella fase riabilitativa, devono essere funzionalmente connesse a quelle della fase acuta e al territorio.

Un argomento che deve stare, anche oltre della Giornata nazionale, nell'agenda innanzitutto di noi medici che ci occupiamo di Neuroriabilitazione, dei colleghi delle specialità connesse, ma anche di tutti i livelli istituzionali che sono coinvolti nella vicenda di centinaia e centinaia di pazienti in tutta Italia, che vivono in una condizione delicatissima, assieme ai loro familiari.

In questi ultimi anni, molto è stato fatto. L'impegno delle Istituzioni si è più volte indirizzato verso l'assistenza alle persone in condizione di stato vegetativo attraverso molte iniziative; in particolare, il ministero della Salute ha istituito tavoli tecnici (Commissioni tecniche) cui hanno partecipato anche esperti della materia e familiari con l'obiettivo di fornire indicazioni per garantire la coerente e integrata successione temporale dei trattamenti, in funzione sia dell'evoluzione clinica sia delle situazioni personali e ambientali.

Un impegno che si è reso manifesto attraverso gli Accordi Stato-Regioni (dal 2009 al 2013), che hanno individuato tra le linee progettuali per la realizzazione del Piano sanitario nazionale la linea «Promozione di modelli organizzativi assistenziali ai pazienti in Stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità».

Queste iniziative indicano alle Regioni proposte utili ai fini di realizzare percorsi assistenziali idonei alle condizioni delle persone colpite da disabilità e delle loro famiglie. Attualmente, però, le attività realizzate dalle diverse Regioni sono spesso differenti tra di loro e sottolineano alcune criticità che devono essere risolte: oltre alla difficoltà di realizzare un modello uniforme, ripetibile, adeguato di presa in carico, su tutto il territorio nazionale, c'è la necessità di far fronte alle esigenze della popolazione locale per evitare la migrazione di pazienti anche all'estero, la possibilità di attivare modelli di formazione degli operatori e dei familiari che sappia dare validità ai processi organizzativi. Analogamente appare indispensabile una revisione dei sistemi di classificazione diagnostica e la creazione di un registro nazionale/regionale per avere una fedele fotografia e un adeguato monitoraggio della condizione di Stato vegetativo.

Sebbene non sia oggi possibile parlare in assoluto di irreversibilità di questa condizione, sappiamo bene quanta cautela occorra nell'interpretare segni di miglioramento clinico e come la stabilità clinica sia già un importante progresso. Sappiamo infine che, quando la persona in stato vegetativo entra in una fase di cronicità, viene considerata persona con "gravissima disabilità". Al pari degli altri individui con gravissime patologie croniche, anche il paziente in stato vegetativo può essere accolto a domicilio o, se questo fosse impossibile, può essere trasferito in strutture idonee a garantire un adeguato livello assistenziale. Un passaggio, questo, che rappresenta una fase molto delicata del percorso di dimissione dalle strutture riabilitative, in cui il supporto alla persona e alla famiglia deve essere garantito per il superamento del "distacco", per gli aspetti pratici dell'assistenza, per non interrompere la possibilità di ritrovare interlocutori competenti, in un momento successivo di necessità.



Un altro aspetto che non possiamo dimenticare è che il percorso di cura è lungo, complesso ed è impensabile una pianificazione dell'assistenza senza il coinvolgimento attivo e coordinato dei familiari, perché sono una risorsa, perché sono capaci di produrre una stimolazione affettiva che permette di intercettare meglio i segni di responsività, di rassicurare emozionalmente il paziente, di effettuare un monitoraggio attento di piccoli ma significativi segni di recupero, consentendo in tal modo una migliore qualità della presa in carico della persona.

Le Associazioni dei familiari sono molto attive nel sostenere un dialogo con le Istituzioni e con i professionisti perché ogni persona che si trovi in questa condizione di gravissima disabilità possa avere diritto ad atteggiamenti sanitari, sociali, legali conformi alla tutela della sua salute.

In ultimo ma non per ultimo, bisogna riflettere sull'importanza di fare buona formazione, perché tutti i professionisti che lavorano sui comi, sugli stati vegetativi e di minima coscienza ricevano insegnamenti sempre aggiornati che arrivano da un lavoro continuo di ricerca.

Per questo, in Maugeri abbiamo realizzato con il Dipartimento di Scienze del Sistema nervoso e del Comportamento dell'Università di Pavia il Master di II livello in Neuroriabilitazione che, per primo, adotta il curriculum europea individuato dalla Federazione europea di Neuroriabilitazione – EFNR, cui aderisce tra i membri anche la Società italiana di Neuroriabilitazione-SIRN, che presiedo. La delicatezza estrema di questa condizione, la grande fragilità dei nostri pazienti, l'attesa di tante famiglie, lo impone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

LAVORO E PROFESSIONE
01 Giugno 2015

**Ssn: il bancomat di
Governi e Regioni**

DAL GOVERNO
22 Ottobre 2015

**Che fine ha fatto il Piano
sanitario nazionale?**

DAL GOVERNO
11 Febbraio 2016

**Tutti gli effetti negativi del
decreto appropriatezza**

Chi è povero è a rischio salute “Perde anche due anni di vita”

FABIO DI TODARO

Vivere in condizioni sociali ed economiche precarie può privare una persona anche di 2,1 anni di vita: lo svela uno studio su «The Lancet», allo scopo di individuare i meccanismi biologici alla base delle differenze sociali nella salute. Uno status socioeconomico basso, quindi, può essere letale quanto fumare o avere una malattia cronica.

Quello condotto dagli autori di «Life-path» - progetto finanziato dalla Commissione Europea per fornire dati aggiornati sulla relazione tra disuguaglianze sociali e diseguaglianze di salute - è il primo studio che confronta l'aspettativa di vita tra persone appartenenti a diverse categorie socioeconomiche e correla queste differenze con quelle dovute a sei fattori di rischio: fumo, consumo di bevande alcoliche, diabete, ipertensione, obesità e inattività fisica.

Il risultato ha sorpreso gli stessi autori della ricerca, ha ammesso Silvia Stringhini, ricercatrice allo University Hospital di Losanna: «Ora chiediamo che la povertà sia inclusa tra i fattori di rischio su

cui si concentrano le strategie globali di salute pubblica». Al centro delle analisi i dati da 48 «coorti» di Gran Bretagna, Italia, Portogallo, Usa, Australia, Svizzera e Francia. Oltre 1,7 milioni i partecipanti, seguiti per una media di 13 anni. Conclusione: intervenire a monte su fattori come il lavoro o l'educazione può avere una maggiore efficacia - in termini di salute - rispetto alle azioni focalizzate a valle della catena su singoli fattori di rischio, come l'assistenza per chi vuole smettere di fumare o i consigli alimentari.

«Lo status socioeconomico è importante, perché include l'esposizione a diverse circostanze e comportamenti potenzialmente dannosi - commenta Paolo Vineis, epidemiologo dell'Imperial College London e coordinatore di «Life-path» -. L'obiettivo è capire attraverso quali processi biologici le disuguaglianze sociali si traducano in disuguaglianze per la salute. Così potremo fornire accurate prove scientifiche a istituzioni sanitarie e decisori politici». Inutile nascondere ancora: chi ha meno reddito è destinato a morire prima.

© BY NC ND AL CURA DIRITTI RISERVATI



UNIVERSITÀ

RICERCA, IL TESORETTO SEGRETO NON C'È

di **Elena Cattaneo**

Caro direttore, sostenere che le università e gli enti di ricerca pubblici italiani, che ogni giorno piangerebbero miseria, hanno accesso ad un «tesoro segreto» di 4,5 miliardi di euro, costituito dalla liquidità disponibile nei loro conti bancari, è fuorviante. Il dato della liquidità di ciascun ente è privo di senso se non si specifica se, e in che misura, essa sia già impegnata per progetti di ricerca e se — ad esempio — non vadano sottratti gli accantonamenti obbligatori per legge. Tacendo dell'entità della quota vincolata si lascia intendere che tutti gli enti, chi più chi meno, ricevano troppi soldi dallo Stato e siano portati a generare «tesoretto». Invece, non è così, di tesoretto a ben vedere ce n'è per un solo ente. Vediamo i dati.

Prendiamo il caso del Cnr, primo in classifica — secondo l'articolo del *Corriere* — fra gli enti di ricerca per disponibilità liquide: i 456.885.203 di euro in cassa sono formati per 416.976.764 dai Tfr dei dipendenti, inclusi nel bilancio del loro ente che agisce da sostituto d'imposta come prevede la legge. Non è come il caso dell'Istituto italiano di tecnologia (Iit) che, come ormai noto, ha accantonato 452.202.000 (a cui si aggiungono le risorse ex-Iri, equivalenti a 128 milioni di euro finite nelle casse di Iit invece che per il potenziamento della rete nazionale della ricerca) per

il sovradimensionamento delle risorse pubbliche di cui è da oltre un decennio beneficiario. Cifra, che a differenza di quanto scritto, non deriva solo dalla fase iniziale di startup, ma da un metodico accantonamento del surplus dei trasferimenti, come risulta nell'aumento della liquidità disponibile nei suoi conti bancari per una cifra media di 20 milioni euro/anno, almeno a partire dal 2006. Come metro di paragone ricordo che i progetti Prin per la ricerca libera su tutte le discipline hanno avuto, dopo anni di blocco, dallo Stato 100 milioni su tre anni.

Prendiamo il bilancio del terzo in classifica per liquidità, l'Infn, pari a 351.985.857 di euro. Come scrive la Corte dei conti nella sua relazione di monitoraggio, tale somma è sostanzialmente tutta impegnata per attività pluriennale (deriva infatti da bandi competitivi per progetti finanziati ai bravi ricercatori dell'Istituto). Come evidenziato dalla Corte, ad esempio per il 2015, avanzano solo cifre molto piccole — nel caso citato 8 milioni — che servono ad un ente della dimensione di Infn a fronteggiare rischi, oneri e imprevisti.

La musica non cambia se guardiamo alla disponibilità degli atenei, per quanto riguarda l'Università di Milano, di cui ho diretta conoscenza. A proposito del suo avanzo di amministrazione 2015, scrive l'Università nella nota integrativa al bilancio: «Si ricorda che il cda nella seduta del 23 febbraio 2016 ha approvato una

prima destinazione dell'avanzo ad utilizzazione vincolata per 305.467.561,86 euro. Tenuto conto che l'avanzo d'esercizio è stato determinato in 353.217.959,88 euro, il Consiglio è chiamato a deliberare sull'assegnazione della restante quota di 41.750.398,02 euro, escluso il fondo di riserva pari a 5 milioni». Ovvero, avendo riscontrato un avanzo di cassa superiore a quanto previsto e già impegnato per ricerca, stipendi e altri tipi di spesa nel 2016, l'Università destina subito a scopo utile la differenza, impegnandola ad esempio per interventi di edilizia e di recupero e messa a norma del patrimonio edilizio in gran parte storico, e non a trasferirla in un conto bancario dove giacerà per anni inutilizzata. Scrivere infine che la crisi del governo Renzi, forse salvando i fondi del tesoretto Iit, «in realtà ha salvato tutto il mondo della ricerca perché, come un domino, il caso si sarebbe dovuto scaricare sugli

altri» è dunque pura fantasia. A meno che non si pensi, seriamente, che si possa sottrarre il Tfr ai dipendenti, o cancellare impegni presi su progetti pluriennali di ricerca.

Docente alla Statale di Milano e Senatore a vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Purtroppo i bilanci confermano le «disponibilità liquide» di 4,5 miliardi. Ma ha ragione: oltre all'analisi macro necessaria per comprendere lo stato di salute della Ricerca questi bilanci andrebbero descritti singolarmente. Il dettaglio è istruttivo: il Cnr, per esempio. Deficit 2015: 124 milioni. Ricevuti dallo Stato solo nel 2015: 617 milioni. Dal bilancio non risultano immobilizzazioni finanziarie sul Tfr se non per una ventina di milioni. In compenso ci sono oltre 200 milioni di residui passivi di stanziamento su cui la Corte dei conti protesta.

(m.sid.)



Il pesciolino che vive appena tre mesi racchiude molti segreti della longevità umana

SILVIA BANDELLONI

■ Abbiamo sempre sentito dire che mangiare pesce giovi alla memoria. E se il pesce fosse una fonte di informazioni per il bene del nostro cervello?

Oggi, alla Scuola Normale Superiore di Pisa, si terrà una conferenza nell'ambito del programma «Virtual Immersions in Science» in cui verrà presentato uno studio sull'invecchiamento, guidato da Alessandro Cellerino, professore di fisiologia. L'oggetto di questo studio è il *Nothobranchius furzeri*, un piccolo pesce colorato che proviene dal Mozambico.

Ma perché andare a «pescare» un pesce dalle pozze della savana africana? Questa specie, oltre ad avere un processo di invecchiamento simile a quello dell'uomo, non vive più di tre mesi (la durata della stagione delle piogge), consentendo così di studiare i meccanismi di invecchiamento in tempi brevi. «Quello che succede durante l'invecchiamento, nell'uomo così come nei pesciolini, è che il contenuto di ferro all'interno del cervello aumenta, provocando uno stress ossidativo», commenta Cellerino. In caso di malattie come l'Alzheimer e il Parkinson c'è molto più accumulo di ferro di quanto avverrebbe normalmente. «Abbiamo scoperto che il cervello cerca di proteggersi da questo aumento di ferro, producendo un piccolo Rna, chiamato miR29. Quindi, con l'avanzare dell'età, il miR29 aumenta, riducendo l'ingresso di ferro al cervello».

Dunque, in condizioni normali, il cervello riesce a preservarsi producendo tanto più miR29 quanto più subisce un aumento di ferro. Il problema si presenta quando il cervello non è in grado di limitare l'accumulo. «Abbiamo osservato che, inducendo sperimentalmente una perdita di miR29, il cervello accumula più ferro e quindi invecchia più velocemente. È ciò che accade nel caso di malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer». L'indagine, tuttavia, non mira solo a comprendere le cause delle malattie neurodegenerative, ma anche quelle di altre patologie legate all'invecchiamento. «Ci siamo concentrati sullo studio del sistema nervoso, ma abbiamo anche dimostrato che questi pesciolini sono soggetti a disfunzioni cardiovascolari e tumori in funzione dell'età: replicano quindi la triade di malattie onco-neuro-cardio tipica dell'invecchiamento - aggiunge Cellerino -. È la ragione per cui il *Nothobranchius furzeri* sta diventando un modello di ricerca».

Si tratta di un'avventura nata 15 anni fa, quando Cellerino fece visita a un acquariofilo, chiedendogli quale fosse la specie di pesci meno longeva che possedeva: «Mi dette le uova di questi animali perché li studiassi. Volevo capire se davvero avessero un invecchiamento accelerato e quali fossero le cause». Studiandole, saremo in grado, un giorno, di rallentare la progressione degli anni nell'uomo?



Ricerca: parte il nuovo
Iss, più investimenti e 2
mln di risparmio

Aviaria: Ciwf, far luce su
responsabilità
allevamenti intensivi

Bullismo: 11% adolescenti
approva insulti sui social,
scuole unite per dire
basta

L'identikit del ladro
seriale, solo, mascherato
e armato

Bullismo: pens
disegni dei pic
pazienti del Bambino
Gesù per dire 'no'



Salute

Meningite: Lorenzin, 3 casi al giorno, uniche armi prevenzione e vaccini



7 febbraio 2017

Panorama / Scienza / Salute / Meningite: Lorenzin, 3 casi al giorno, uniche armi prevenzione e vaccini



ADNKRONOS

Roma, 7 feb. (AdnKronos Salute) - "Dobbiamo pensare che statisticamente nel nostro Paese

abbiamo 3 casi di meningite al giorno, nelle loro diverse forme, quindi si parla di circa mille casi l'anno. Noi vogliamo che questa cifra si inabissi e l'unico modo per farlo è fare la prevenzione e le vaccinazioni seguendo il calendario" vaccinale, "oltre che ovviamente vaccinare i bambini che sono i più esposti e che sono poi quelli che garantiscono la copertura vaccinale dell'intero territorio". Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in occasione degli 'Stati generali sulla meningite', organizzati oggi a Roma dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), Istituto superiore di sanità e ministero della Salute.

"Ciò che ci rende più tranquilli - ha proseguito Lorenzin- viene dal fatto che i bambini vengano vaccinati secondo il calendario vaccinale. Quanto ai bambini che non possono essere vaccinati, o perché troppo piccoli o perché non possono sopportare la vaccinazione, la loro principale fonte di sicurezza è che gli altri lo siano". Per il ministro, quindi, la situazione meningite "è sotto controllo: oggi sono riuniti qui tutti i grandi esperti di meningite in Italia per fare un confronto scientifico e tecnico sull'andamento della malattia nei suoi vari ceppi. Ricordiamo che la meningite è presente nel nostro territorio nelle sue varie forme e per questo si

Scienza, le news

Ricerca: parte il nuovo Iss, più investimenti e 2 mln di risparmio

Aviaria: Ciwf, far luce su responsabilità allevamenti intensivi

Bullismo: 11% adolescenti approva insulti sui social, scuole unite per dire basta

Bullismo: pensieri e disegni dei piccoli pazienti del Bambino Gesù per dire 'no'

L'identikit del ladro seriale, solo, mascherato e armato

La raccolta differenziata piace agli italiani, per il 91% è un'abitudine

Rifiuti, in 20 anni più differenziata e meno discariche

Ricerca: la regia dell'appetito, censiti 50 tipi di neuroni in area cervello

Salute: sport di resistenza 'allenano' Dna, fanno bene al cuore come dieta

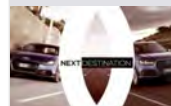
Farmaci: Nyt, Trump potrebbe annullare decenni farmacovigilanza

HairClinic



La nuova rivoluzionaria cura della calvizie è nelle Cellule Staminali

Audi



Con Audi verso una nuova Next Destination.

Ebook gratis



Operare sicuri in rete: scarica gratis l'ebook

Panorama Academy



La scuola online che crea eccellenze

lavora soprattutto sulla prevenzione e sul piano nazionale vaccini, che a breve diventerà operativo, di cui la vaccinazione contro la meningite è uno degli elementi cardine".

© Riproduzione Riservata

LEADER

DVD in edicola



Warcraft - L'inizio di Duncan Jones

Commenti

PANORAMA

News Sport Economia Mytech Musica Cinema Televisione Cultura Scienza Società Magazine Blog Foto Video Archivio Icon

Segui     



ABBONATI
IN EDICOLA

Condizioni di partecipazione · Scrivici · Gruppo Mondadori · Pubblicità · Note Legali · Privacy Policy · Cookie Policy · Codice di autoregolamentazione
© 2008 Arnoldo Mondadori Editore Spa - riproduzione riservata - P.IVA 08386600152

Gli ultimi dati dagli "Stati generali":
in Italia tre casi al giorno, mille l'anno

Meningite: portatore sano 1 su 10

**IN ARRIVO LE LINEE
GUIDA SU PREVENZIONE
E TERAPIA. REZZA
(ISTITUTO DI SANITÀ):
«SITUAZIONE DI PANICO
NON GIUSTIFICATA»**

**I bambini
sono tra i soggetti
più a rischio:
hanno quindi
bisogno di essere
vaccinati**

L'INFEZIONE

Il 10 per cento della popolazione sana trasporta inconsapevolmente batteri della meningite, ovvero è infettata senza ammalarsi. Solo in rari casi l'agente diventa aggressivo. E, a determinarlo, possono essere vari fattori genetici.

A fare il punto su un tema che negli ultimi mesi ha preoccupato soprattutto i genitori di bambini e adolescenti sono gli "Stati generali sulla meningite", organizzati a Roma dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), l'Istituto superiore di sanità e il **ministero della Salute**. Dalla diagnosi ai vaccini, alla cura per uniformare le indicazioni su profilassi e terapie sono in arrivo le linee guida sulla meningite.

Dopo l'allarme delle scorse settimane c'è stato un aumento delle richieste di vaccinazioni superiore al 100%. «La corsa alla profilassi - spiega Giovanni Rezza, direttore del dipartimento Malattie infettive, parassitarie e immunoimediate dell'Istituto di sanità - ha creato dei problemi perché quando si dice di tenere le coperture vac-

cinale elevate intendiamo laddove la vaccinazione viene raccomandata, non indiscriminatamente a tutta la popolazione. Invece si è creata una situazione di panico e di allarme non giustificata. Da qui l'ingolfamento dei centri vaccinali».

LA GOLA

«La grande paura - sottolinea Massimo Galli, vicepresidente Simit e professore ordinario di Malattie infettive all'Università di Milano - è ingiustificata perché il 10-20% della popolazione si porta il meningococco in gola. La maggior parte delle persone lo ha avuto almeno una volta nella vita. Ce lo passiamo attraverso goccioline di saliva soprattutto da bimbi e da adolescenti», meno da anziani, perché nel frattempo ci creiamo un'immunizzazione.

I GENI

Nella maggior parte dei casi, aggiunge il medico, questi batteri «non sono cattivi, diventano tali solo in una persona su mille di quelle che lo portano. Probabilmente la causa sono fattori genetici» ma ad oggi «non abbiamo un identikit su chi può essere interessato da una forma acuta, quindi bi-

sogna fare prevenzione attraverso i vaccini», offerti gratuitamente dal nuovo Piano nazionale per la Prevenzione vaccinale.

L'INCIDENZA

Quanto ai casi di meningite meningococcica invasiva segnalati in Italia, ricordano gli esperti, sono circa 200 e senza grandi variazioni negli ultimi anni, con un'incidenza annuale tra gli 0,2 e gli 0,3 casi per 100 mila abitanti (è maggiore nei bambini sotto l'anno di vita). Più del 50% dei casi sono causati dal sierogruppo B. Ma è del sierogruppo C, il secondo più frequente, che dal 2015 si è osservato in Toscana un incremento inusuale di casi.

«Dobbiamo pensare che, statisticamente, nel nostro paese - spiega il ministro della Salute **Lorenzin** - abbiamo tre casi di meningite al giorno. Nelle loro diverse forme. Quindi si parla di circa mille casi l'anno. Noi vogliamo che questa cifra si inabissi e l'unico modo per farlo è con le vaccinazioni».

R.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quattro pazienti paralizzati rispondono con il pensiero Merito del sistema che misura l'ossigeno nel cervello

VALENTINA ARCOVIO

■ Per la prima volta al mondo quattro pazienti completamente paralizzati sono stati in grado di rispondere «sì» o «no» a una domanda semplicemente pensando alla risposta. Questo grazie a una nuova interfaccia uomo-pc, capace di leggere nella loro mente.

Sviluppato da un gruppo del Wyss Center per la Bio e Neuroingegneria di Ginevra, il nuovo sistema si basa sia sulla «spettroscopia funzionale nel vicino infrarosso», che capta il pensiero del paziente, decodificandolo e tracciandolo al computer, sia sull'elettroencefalogramma che misura i livelli di ossigeno nel sangue presente nel cervello. L'interfaccia, descritta su «Plos Biology», è stata testata su 4 pazienti in fase terminale di Sclerosi laterale amiotrofica, una malattia che porta alla paralisi di tutti i muscoli del corpo, compresi quelli degli occhi.

Ai pazienti sono state poste varie domande personali, a cui si poteva rispondere «sì» o «no». Mentre i pazienti pensavano la risposta, il sistema misurava i cambiamenti di ossigenazione del sangue e l'attività elettrica del cervello, addestrando il sistema a interpretare il segnale come un «sì» o un «no». I risultati sono stati straordinari: il sistema si è dimostrato affidabile 7 volte su 10.

Ancora più sorprendenti sono risultate le risposte alla domanda «sei felice?»: i pazienti hanno risposto affermativamente. Si è quindi dimostrato che queste persone sono ancora in grado di elaborare pensieri e interagire. E che, nonostante la tragica condizione, si dichiarano soddisfatte. «Se replicheremo lo studio in un numero maggiore di individui - ha concluso Niels Birbaumers -, potremo creare un modo innovativo di comunicazione tra malati e mondo esterno».



Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



7 feb
2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Ricerca

Medicina generale

Finanziamenti

Malattie infettive e
parassitarie
(sistematiche)

DAL GOVERNO

Il rinnovo dell'Istituto superiore di Sanità: nuovo look e R&S da 35 milioni

di Red. San.



[Il nuovo organigramma dell'Iss](#)

L'Istituto superiore di Sanità, braccio scientifico del ministero della Salute, presenta il suo cambio-pelle e si rilancia in Italia e in Europa. Sei dipartimenti, sedici Centri nazionali, due Centri di riferimento e un Organismo Notificato compongono la nuova area tecnico-operativa dell'Istituto superiore di sanità, presentata a Roma nella sede storica dell'Iss di viale Regina Elena dal presidente Walter Ricciardi e dal Direttore generale Lino del Favero. Accanto alle attività tradizionali di studio e ricerca, controllo e sorveglianza in materie come neuroscienze, malattie infettive, sicurezza alimentare, oncologia, ambiente o malattie cardiovascolari sono stati creati un Centro di Valutazione delle tecnologie sanitarie, uno per quelle innovative in Sanità Pubblica, un Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure, uno per la Telemedicina, in modo da fornire indicazioni per supportare le scelte di ciò che è realmente efficace evitando sprechi e dispersioni di energie umane e finanziarie. Grande attenzione alla prevenzione, con un centro interamente dedicato alla promozione della salute e un altro alle dipendenze patologiche.

«Abbiamo disegnato un Istituto coerente con la sua missione principale di tutelare la salute pubblica – dichiara Walter Ricciardi, Presidente dell'Iss – valorizzando le alte competenze di cui dispone, capaci di produrre in un anno oltre 12 mila interventi tra controlli, valutazioni, pareri e ispezioni. Ma il nuovo Istituto sarà in grado anche di investire sempre più risorse nella ricerca. È in crescita la previsione del finanziamento di progetti di ricerca scientifici. A fonte del finanziamento di 30 milioni di euro ottenuto lo scorso anno, le entrate previste per il 2017 ammontano a circa 35 milioni. Questa è una delle nostre priorità perché è una ricerca pensata per tradursi in diagnosi e cura, a diventare tecnologia e a rappresentare uno strumento competitivo per la crescita economica del Paese».



La ristrutturazione, pur sommando nuove competenze, è riuscita a eliminare molti duplicati. C'è stata una forte contrazione dei reparti che da 123 sono diventati 50 distribuiti in tutte le nuove strutture, aggregati secondo un disegno complesso ma coerente di funzioni trasversali. «Per conciliare la missione dell'Iss alla sostenibilità economica – afferma Angelo Del Favero, Dg Iss – serviva una macchina più efficiente e più snella. Il nostro modello permetterà un recupero in termini di costi/benefici di circa due milioni l'anno, una cifra che reinvestiremo in salute, a vantaggio dei cittadini».

In questo nuovo contesto, l'Istituto, che nel 2016 ha gestito 119 progetti internazionali, riceverà per il 2017 circa 35.000.000 di euro finanziamento per progetti di ricerca nazionali e internazionali. Per sfruttare al meglio tutte le possibilità di finanziamento delle attività di ricerca - ricordano dall'ufficio stampa - l'Istituto si è dotato di un Grant Office che assisterà i ricercatori nel reperimento dei bandi di ricerca e supporterà i percorsi di brevettazione e di tutela della proprietà intellettuale. Fino ad oggi sono circa 78 i brevetti in possesso dell'Iss di cui 53 in condivisione con altri enti di ricerca e riguardano tecnologie per malattie infettive, tecnologie oncologiche, vaccinali o nuovi biomarker diagnostici.

Se le attività di ricerca, controllo e sorveglianza rappresentano il cuore dell'attività

HiOPdf Evaluation 02/07/2017

dell'Istituto, sarà più marcata anche l'attenzione alla comunicazione e ai canali di dialogo e di informazione con gli utenti per promuovere la conoscenza medico-scientifica su aspetti fondamentali della salute pubblica. Rafforzati e presenti sui social network, i telefoni verdi dell'ISS rispondono a tutti coloro che hanno bisogno di un orientamento, si pensi al fumo e alle malattie a trasmissione sessuale che nell'ultimo anno hanno evaso dalle 500 alle 1000 chiamate al mese per indirizzare i cittadini su queste tematiche e anche il telefono verde patologie rare evade ogni mese oltre cento richieste di orientamento soprattutto da pazienti e famiglie ma non mancano richieste d'aiuto anche da parte degli stessi operatori sanitari. Quale diario di viaggio del rinnovato Istituto Superiore di Sanità, è stata presentata la prima newsletter on line dell'ISS. Il numero zero di "ALLISS" contiene gli editoriali del Presidente e del Direttore generale sul riordino, le presentazioni di Dipartimenti e Centri, i curricula dei direttori ed è consultabile all'indirizzo www.iss.it/newsletter.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO

05 Agosto 2015

Chiamenti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

IMPRESE E MERCATO

04 Settembre 2015

Patent box, sconti in tre mosse

IMPRESE E MERCATO

03 Settembre 2015

Ricerca e sviluppo, gli incentivi al via fra le incertezze

L'INTERVISTA **CARLO VALERIO BELLINI**

«La fecondazione artificiale aumenta i rischi della nascita»

La denuncia del neonatologo sui bimbi in provetta: «Maggiori pericoli di parti prematuri. Le gravidanze ritardate accrescono l'infertilità. Nessuno cerca di fermare questa epidemia»

*Se la politica aiutasse
le famiglie giovani,
si ridurrebbe l'enfasi
sull'inseminazione
in laboratorio*

*La biologia distingue
tra embrione, feto
e bambino solamente
per le dimensioni
e le abilità fisiche*

di **FRANCESCO AGNOLI**

■ Non serve andare molto indietro nel tempo per rivedere scene drammatiche di donne e bambini morti di parto. Oggi questi eventi sono estremamente rari, almeno in Occidente. Quanto ai feti, conosciamo moltissimo della loro ricca vita intrauterina. Ciò permette, fra l'altro, di prevenire future malattie e di intervenire chirurgicamente, nell'utero materno, per guarire malformazioni congenite. Eppure l'ecografia non è unicamente un prodigioso strumento di indagine e la medicina non offre soltanto rimedi. Oggi le nostre conoscenze sono spesso utilizzate anche per selezionare i feti, per abortire bambini non voluti, per fare esperimenti sulla vita nascente, attraverso tecniche di fecondazione artificiale che hanno introdotto nuovi rischi, volutamente taciuti dai media, ma ben noti agli esperti. Perché la fecondazione artificiale promette tanto, ma mantiene poco. Promette maternità anche impossibili, mentre spesso genera implosione della coppia, ripercussioni sulla salute psicofisica delle gestanti, bambini (quando nascono) con maggiori tassi di mortalità e morbidità. Il grande Erwin Chargaff (1905-2002), padre della biologia molecolare, proprio ragionando sulle tecniche di fecondazione artificiale, sosteneva che «viviamo in un'epoca de-

bole disponendo di strumenti forti», con un'inevitabile conseguenza: «Un fanatismo diabolico nei confronti della tecnocrazia ha annullato ogni scrupolo morale», con esiti nel lungo periodo che non possiamo neppure prevedere. Mentre negli Usa il presidente Donald Trump taglia i fondi pubblici alle multinazionali dell'aborto e nomina alla Cortesuprema un giudice pro vita, incontriamo Carlo Valerio Bellini, pediatra e neonatologo di fama mondiale. Lavora nell'unità di cura intensiva neonatale dell'ospedale universitario di Siena; è membro dell'European society for pediatric research, della Società italiana di neonatologia, della Pontificia accademia pro vita; ha scritto molti libri tra cui *Sento dunque sono. Sensi e sensazioni del feto* (Cantagalli) e *Abc della bioetica* (Paoline). **Professore, qual è la differenza tra embrione e feto?** «Rispondo con un esempio semplice: un fiore di pesco appena spuntato sul ramo è agli occhi di tutti una pesca che si sta sviluppando: non è un progetto di pesca, ma una pesca, soltanto più piccola e fragile. Per la biologia la differenza tra embrione, feto e bambino è come per la pesca: non esiste differenza, se non nelle dimensioni e, ovviamente, nelle abilità fisiche». **Lei si occupa da anni della sensibilità del feto: ciò significa che il feto «sente»?** «Sì, sente a partire da quando ha sviluppati gli organi atti a sentire, cioè dalla metà della gravidanza. Questo sentire serve a fargli arrivare impulsi

per lo sviluppo armonico delle popolazioni di neuroni del cervello, e per prepararlo alla vita postnatale: già prima di nascere si abitua al sapore delle cose che la mamma mangia, alla voce della mamma. Saperlo è utile per la mamma, che capisce di avere in sé una compagna con cui dialogare». **In alcuni Paesi gli aborti procurati vengono effettuati dopo anestesia. Dunque il feto soffre?** «Soffre se gli arrivano stimoli dolorosi, se ha patologie o per motivi esterni. Questo ha importanti risvolti in una nuova branca della medicina: la chirurgia fetale. Oggi si possono operare chirurgicamente i feti prima che nascano, ma questo significa anche generare dolore. Perciò è importante la somministrazione di anestetici direttamente al feto, proprio come a qualunque altro paziente». **Il feto, si sente dire qualche volta, è «vita umana ma non persona». Esiste davvero una simile distinzione?** «La vita dell'essere umano cambia nel tempo, si apprendono alcune capacità e se ne perdono altre. Se dicendo "persona" si intende parlare dell'essere umano che ha autocoscienza, cioè che sa parlare, capire, bisogna stare attenti: è un termine puramente descrittivo, ma non implica nulla di sostanziale, perché chi non sa parlare o capire, non per questo vale meno e ha menodiritti. In conclusione mi pare una distinzione fittizia». **È importante l'allattamento materno?** «È un diritto umano; può accadere che una mamma non ab-



bia il latte o che per motivi personali non voglia allattare e allora si ricorre a tipi di latte vaccino adattati, ma è un'eccezione. Il latte materno ha sostanze importantissime e insostituibili. Privare un bambino del latte materno significa esporlo a possibili malattie nello sviluppo. E il problema si pone forte nel caso di "gestazione per altri", cioè di utero in affitto: quando sparisce la mamma, il bambino resta per forza senza il suo latte, cioè senza un sostegno vitale, e senza un suo diritto».

Il padre ha un ruolo nella gravidanza?

«La gravidanza è un regalo che la natura fa alle mamme, ma il padre è molto importante, perché fornire al bambino o alla bambina un riferimento di adulti maschi e femmine, cioè con una "diversità" neuropsicologica e attitudinale tra loro, mostrare loro due diversi mondi psicologici e fare vedere come - seppur diversi - i due mondi si accettino e coabitino, è il miglior regalo che si possa fare loro. È l'introduzione alla tolleranza, alla curiosità verso chi non è come noi, al cosmopolitismo».

Che cos'è per lei l'aborto?

«Spegnere il fiore di pesco che dicevo. Si potrebbe fare tanto per evitarlo, ma pare che non interessi alla politica».

La fecondazione artificiale funziona?

«Piuttosto mi chiederei: i rapporti sessuali funzionano ancora? Perché l'infertilità avanza, e nessuno fa niente per arrestare quest'epidemia che in gran parte dipende dal procrastinare troppo la gravidanza.

In inglese si dice che *The thirties are the new twenties*, cioè che è bene fare nella quarta decina di anni quello che prima si faceva nella terza. Questo porta a perdita di slancio vitale nelle società che invece di cinque volte ogni cento anni ora si rinnovano solo tre volte, perché l'età alza barriere alla riproduzione. Se la politica rendesse più facile ai giovani fare famiglia, anche il problema della fecondazione artificiale assumerebbe un altro colore e altre dimensioni. Comunque preoccupa i pediatri il fatto che con la fecondazione in vitro si aumentano il rischio di prematurità e altri problemi legati alla nascita».

Che contributo possono dare medicina e biologia al dibattito etico?

«Può esistere un dibattito serio di bioetica senza basi di medicina e biologia? Purtroppo esiste, anche se si capisce quanto poco serio sia. È ben percepibile l'approssimazione e la superficialità con cui si discutono di temi così importanti. Ma dove sono i medici e i biologi in questi dibattiti? Il mondo medico è in crisi di identità. I giovani medici sono esclusivamente educati a essere componenti di aziende, e questo porta a tre danni: demotivazione, mediocrità e deresponsabilizzazione. Riprendano le istituzioni a credere nei giovani medici, diano luce ai pochi veri maestri (indipendentemente dal credo politico che hanno) e creeranno un mondo medico in grado di dare con gentilezza e concretezza le basi a ogni discussione bioetica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Il giallo degli endoscopi esami bloccati in ospedale dopo i furti a ripetizione

Gli ultimi colpi a Firenze, Genova, Torino. E denunce in tutta Italia
L'ombra di una banda che poi rivende gli strumenti all'estero

1 NUMERI

30

I MACCHINARI

Rubati in un solo furto
lo scorso dicembre
a Torino

40mila

IL PREZZO

Quanto può costare
a un ospedale
un buon endoscopio

MICHELE BOCCI

DOMENICA in ospedale, poca gente in giro, servizi quasi tutti chiusi. Due uomini vestiti da portantini entrano con un lettino nella stanza dell'endoscopia, forzano l'armadio, sistemano sul materassino gli strumenti che trovano. Coprono tutto con un lenzuolo ed escono senza problemi, nessuno li nota. Del resto, chi si sorprende per una barcolla in quel contesto? La scena si sta ripetendo con frequenza preoccupante ormai da mesi in decine di ospedali italiani. Che si tratti di una banda o di gruppi sparsi, c'è qualcuno che sta facendo sparire dalle corsie italiane macchinari da 30-40 mila euro anche decine alla volta.

Torino, 19 dicembre. Ben trenta apparecchiature vengono rubate nell'ospedale San Giovanni Bosco, è il colpo più grosso tra tutti quelli compiuti fino ad ora. Genova, la notte tra il 28 e il 29 dicembre i ladri se ne vanno dal Galliera con 10 endoscopi. Firenze, lunedì scorso la porta della gastroenterologia di Ponte a Niccheri viene ritrovata forzata, non ci sono più macchinari per gli esami. Ma l'elenco delle strut-

ture colpite, anche considerando solo gli ultimi sei mesi, è ben più lungo. Ci sono stati furti identici a Varese, Pavia, Terni, Città di Castello, Civitanova Marche, Prato, Livorno, Parma, Tortona, Roma, Albano Laziale. E sono soltanto alcuni esempi. Dopo ogni razzia succedono più o meno le stesse cose: l'ospedale rinvia gli esami delle gastroenterologie, partono le denunce, i carabinieri del Nas controllano telecamere e ascoltano testimoni. Qualcuno si è ricordato di aver notato quei due portantini, ma non sempre i ladri agiscono travestiti, soprattutto se colpiscono nella notte.

Dove finisce la refurtiva? Se lo chiedono tutti, e la tesi più comune è che venga rivenduta all'estero. Del resto gli endoscopi sono più difficili da tracciare, ad esempio, dei farmaci. I medicinali vengono da sempre sottratti alle farmacie ospedaliere ma il fenomeno sarebbe in calo anche grazie alla stretta dei controlli su chi li ricetta in tutta Europa. Così il business sembra essersi spostato sui dispositivi.

Gli endoscopi sono un insieme di tubi, telecamere, piccoli schermi e scatole di comando che servono per effettuare una serie di

esami. Durante il giorno si utilizzano per accertamenti programmati e urgenze arrivate al pronto soccorso, poi vengono sterilizzati e riposti sotto chiave per la notte. Non sono certo le serrature a mettere in difficoltà i ladri, che approfittano della scarsa vigilanza all'interno delle strutture sanitarie e si muovono di notte o nel week end, quando i servizi sono chiusi. «La sensazione è che talvolta possano esserci dei basisti — spiega Alessandro Natali, della società di endoscopia digestiva e responsabile dei servizi della Toscana centrale — Soprattutto il sabato e la domenica, infatti, potrebbe capitare a chi commette i furti di incontrare personale rientrato per emergenze. E invece non accade».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



L'inchiesta



Addio agli ultimi manicomi criminali

■ Nel 1978 la legge Basaglia chiudeva gli istituti per i «malati di mente». Quasi 40 anni dopo tocca agli Ospedali psichiatrici giudiziari. Gli ultimi due sono quelli di Barcellona Pozzo

di Gotto e di Montelupo Fiorentino. Il futuro degli internati resta un punto interrogativo: abbandonati o collocati in strutture inadeguate. **Amabile, Anello e Russo** ALLE PAGINE 8 E 9

Addio agli ultimi manicomi criminali

BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Si svuotano le celle che hanno ospitato finti pazzi e veri boss

Il complesso è diventato casa circondariale
Anche il capoclan Buscetta riuscì a entrare

Nel 1978 la legge Basaglia chiudeva gli istituti per i “malati di mente”. Quasi 40 anni dopo tocca agli Ospedali psichiatrici giudiziari

Laura Anello
BARCELLONA POZZO DI GOTTO (ME)

Da queste celle con le porte blu sono passati pazzi e finti pazzi, nella Sicilia pirandelliana dove il confine è sottile. Finti pazzi come i superboss Tommaso Buscetta, Tano Badalamenti, Stefano Bontade, arrivati grazie a giudici compiacenti per ottenere sconti di pena. Ma pure il primo pentito di mafia, Leonardo Vitale, che non fu creduto e finì ricoverato. E pazzi veri. Assassini e ladri di galline, criminali e povere anime perse. Adesso, nell'ex Ospedale psichiatrico giudiziario più grande d'Italia con oltre 600 internati negli anni di pienezza, ne sono rimasti 13. Gli ultimi tredici

ci rimasti dalla grande dismissione iniziata qui due anni fa, con il trasferimento progressivo verso le Rems (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza sanitaria) o verso le Comunità terapeutiche, i due destini disegnati per gli ospiti che hanno finalmente lasciato queste celle. Le prime riservate a chi è considerato socialmente pericoloso, le seconde per persone con maggiore autonomia e libertà di movimento.

È stato l'ultimo, questo ospedale psichiatrico, a chiudere i battenti, dopo un lungo passaggio di consegne tra i ministeri della Giustizia e della Salute. Eppure è quello da cui tutto è partito, quando nel 2009 Igna-

zio Marino, allora presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, venne qui e trovò un uomo con le mani e i piedi legati con garze, sopra un letto di ferro arrugginito con un buco per le feci e l'urina. Da quella visita nacque il disegno



di legge che prevedeva la chiusura dei sei ospedali psichiatrici giudiziari d'Italia. Chiusura fu la parola d'ordine. E chiusura è stata anche qui.

Oggi questo complesso di quasi sessantamila metri quadrati nel cuore di Barcellona Pozzo di Gotto, quaranta chilometri da Messina, è diventata una casa circondariale - un carcere normale, cioè - dove sono reclusi duecentotrenta detenuti. E dove sopravvive però anche un reparto (per la burocrazia si chiama "articolazione della tutela della salute mentale") in cui sono ricoverati i malati psichiatrici, «gente che si è ammalata durante la detenzione», spiega il direttore Nunziante Rosania, un omone grande e grosso al timone dell'istituto dal lontano 1989: in questo momento ne sono ricoverati settantadue, sessanta uomini e dodici donne tra cui anche i tredici "residui manicomiali", seguiti da due psichiatri e da un pugno di infermieri, nell'attesa che la Regione metta a disposizione operatori socio-sanitari e tecnici della riabilitazione.

«I tredici vecchi internati - aggiunge Rosania - avrebbero dovuto essere trasferiti in una Rems a Caltagirone non ancora completata. Ma abbiamo trovato una soluzione, visto che tutti, tranne uno, alla luce di una verifica della loro condizione psichiatrica, sono risultati in condizione di transitare nelle comunità terapeutiche. Tra poco saranno dimessi». Gli altri duecentoquaranta che hanno lasciato queste sbarre, sono distribuiti tra Rems e comunità di tutta Italia, «e da lì mi scrivono, mi mandano gli auguri per il compleanno, chiedono e danno notizie». Qui, in questo enorme complesso costruito nel 1925 come manicomio criminale, dei sei reparti disposti a pettine in mezzo a uno spazio verde dove c'è pure un teatro spesso aperto alla città, ne sono attivi tre, uno per i detenuti in attesa di giudizio, gli altri due per i "definitivi". L'altra metà del carcere è in ristrutturazione, e a lavorarci sono in gran parte proprio i carcerati, «almeno ottanta che vengono regolarmente pagati, alcuni anche del settore psichiatrico», aggiunge Rosania. E per chi vuole c'è anche la band musicale del cappellano. «Non esageriamo, la strada da fare è ancora lunga».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Il fatto. Nella giornata contro la tratta di esseri umani, un summit in Vaticano. Francesco: ascoltiamo il grido di tanti bambini schiavi

Traffico d'organi un velo da alzare

La Santa Sede: agisca l'Onu, complicità sanitarie

La piaga del prelievo di parti del corpo per la commercializzazione è in crescita, anche se difficilmente quantificabile. Esperti e rappresentanti di governo da tutto il mondo sono riuniti in Vaticano per arrivare a una dichiarazione fi-

nale comune in cui si stabiliscano gli impegni per tutti: politica, mondo medico, giornalisti, magistratura e leader religiosi. Primo tra tutti il riconoscere la pratica come «un crimine contro l'umanità».

PRIMOPIANO A PAGINA 5

Traffico d'organi, emergenza mondiale

Summit in Vaticano. Sanchez Sorondo: «L'Onu ha il dovere di intervenire»

La denuncia

In occasione della Giornata contro il traffico di essere umani associazioni ed organizzazioni lanciano l'allarme sul "popolo di invisibili": donne e bambini vittime di schiavitù, abusi sessuali e lavoro minorile

ALESSIA GUERRIERI

ROMA

L'impegno è per ognuno, perché il traffico d'organi e il "turismo dei trapianti" sia davvero sconfitto. Tutti sono infatti chiamati a un sussulto di responsabilità – governi, enti locali, medici, giudici, media e leader religiosi – affinché «tutte le nazioni e tutte le culture lo riconoscano come un abuso contro i diritti umani, venga condannato e perseguito legalmente a livello nazionale e internazionale». C'è un compito forte che arriva dai rappresentanti di molti Paesi del mondo, riuniti fino ad oggi nel summit *Organ trafficking and transplant tourism*, organizzato dalla Pontificia accademia delle scienze in

Vaticano. Una due giorni per arrivare ad una dichiarazione finale comune – una decina di raccomandazioni in cui si chiede una maggiore cooperazione internazionale in campo politico, medico, investigativo e comunicativo – e la creazione di una *task-force* di esperti per impostare insieme una strategia di contrasto di lungo periodo. A ricordare come il traffico d'organi sia «una nuova forma di schiavitù», è stato papa Francesco a giugno scorso, proprio parlando alla Pontificia accademia delle scienze e chiedendo di fermare quello che definì «un crimine contro l'umanità». Un concetto ripreso ieri mattina in apertura dell'incontro dal vescovo Marcelo Sanchez Sorondo, cancelliere della Pontificia accademia delle scienze, ricordando che «oggi c'è molto silenzio intorno» a questo fenomeno in passato considerato come «appena l'1% di tutto il traffico. Adesso si sta cominciando a capire che è quantitativamente molto più importante». Una «piaga», strettamente legata ad altre altrettanto drammatiche come le migrazioni forzate e la povertà, a cui si vuol dare risposte concrete. La prima soluzione, premette il vescovo, è «dire chiaramente che questo è un crimine contro l'umanità». Il traffico di organi e il "turismo dei trapianti" sono aiutati dalla carenza di organi – solo il 10%, ovvero 120mila all'anno, rispetto alla stima delle necessità secondo l'Oms –

e dalla mancanza di dati condivisi, la poca omogeneità delle legislazioni e dalla difficoltà di mettere in rete le diverse agenzie d'investigazione. Dopo che le Nazioni Unite, per la prima volta nella storia, hanno riconosciuto che esiste la piaga del traffico umano anche nella forma del traffico d'organi, «i 193 Paesi Onu adesso hanno nuovo imperativo morale», riflette monsignor Sorondo, ricordando che l'espianto di parti del corpo «non si può fare senza la complicità dei medici» quindi va affrontato «il tema della coscienza dei dottori». Proprio per avere un quadro più chiaro è stato pensato l'incontro in Vaticano, convocando tutti anche la Cina; un Paese che ha uno dei tassi più bassi di donazioni volontarie, ma al tempo stesso un numero altissimo di impianti d'organo. Questo anche perché dal 1984 il governo consente la rimozione degli organi da condannati a morte e giustiziati, previo consenso. Un invito che ha però causato



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

qualche perplessità. La loro presenza, replica monsignor Sorondo, «è per noi la dimostrazione del rafforzamento della posizione del governo attuale della Cina nel voler cambiare veramente cambiare rotta e seguire la dignità umana».

La parola d'ordine, nel dibattito alla Casina Pio IV, perciò pare essere fare rete tra Stati, anche per lasciare meno zone d'ombra che consentano alla criminalità organizzata di fare affari sulle debolezze delle persone. «Molti poveri – denuncia Gustavo Vera, deputato di Buenos Aires – danno volontariamente i propri organi, perché sono disperati». Per arginare questa pratica occorre «portare il tema nel dibattito pubblico» e far sì che «gli organi smettano di essere una mercanzia e diventino un dono, un diritto umano per tutti». Ecco perché i governi, secondo il responsabile del distretto di Tel Aviv Gilard Erlich, devono «intervenire con un protocollo condiviso, facendo rete tra intelligence». Il traffico d'organi va dunque sradicato lavorando insieme, gli fa eco Gabriel Gondolesi, responsabile trapianti dell'ospedale universitario di Buenos Aires, «non perché siamo cattolici, ma perché siamo innanzitutto persone, di differenti religioni e culture, ma sempre persone».

© RIPRODUZIONE RISERVATA