

CORTE UE: OVULO UMANO BREVETTABILE

di Caterina Minnucci

Un ovulo umano manipolato ma non fecondato può essere brevettato. Lo ha stabilito ieri la Corte di giustizia dell'Unione europea con sede a Lussemburgo. "Questa sentenza arriva a conferma di un dato che la ricerca scientifica aveva già stabilito da tempo. Mentre la Corte prendeva questa decisione, la scienza è andata avanti", spiega Giuseppe Novelli, docente di Genetica medica e rettore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata. Con questa sentenza i giudici europei hanno stabilito che un ovulo non fecondato, per essere qualificato come embrione umano "deve necessariamente avere la capacità intrinseca di svilupparsi in essere umano". Si aprono ufficialmente le porte all'utilizzo per scopi commerciali, per sperimentazioni, ma anche alla vendita. La decisione arriva in seguito al caso sollevato in Gran Bretagna dall'*International Stem Cell Corporation*, che chiedeva la possibilità di brevettare un processo che comportava l'utilizzo di cellule uovo umane. Con questa pronuncia viene ribaltato quanto affermato dalla stessa Corte il 18 ottobre 2011 interpellata per avere una definizione precisa della nozione "embrione umano". Era il caso del ricercatore tedesco Oliver Brustle, che scoprì e brevettò un metodo per curare il Parkinson utilizzando cellule staminali ricavate da un embrione umano, nello stadio di blastocisti, trasformandole in cellule in grado di produrre tessuti nervosi. Gli scienziati lo definirono un "colpo devastante" per la ricerca medica in Europa. Tre anni fa infatti avevano stabilito che "la nozione di embrione umano comprendeva gli ovuli umani non fecondati" dal momento che "tali ovuli erano tali da dare avvio al processo di sviluppo di un essere umano", cioè non brevettabili. Nel comunicato diffuso ieri sul sito della Corte si apprende che "il mero fatto che un ovulo umano attivato per partenogenesi (cioè non fecondato) comincia un processo di sviluppo non è sufficiente per classificarlo come un embrione umano". Anche se il lavoro sulle terapie con cellule partenogenetiche è ancora in fase sperimentale i ricercatori credono di avere il potenziale per sviluppare il trattamento di gravi malattie dell'occhio, del sistema nervoso e del fegato. Adam Cooke, partner dello studio legale DLA Piper, in rappresentanza di *Stem Cell Corporation*, ha detto che la decisione della corte è stato "un grande passo nella giusta direzione". Da oggi ogni Stato membro, alle proprie condizioni, sarà chiamato a recepire la sentenza nell'ordinamento interno. "Lo spazio di libertà affidato agli Stati potrebbe costituire un rischio e incentivare il commercio illegale di ovociti. Sul tema servono regole rigide anche perché grazie a questa sentenza arriveranno importanti finanziamenti per la ricerca", ha tenuto infine a precisare il professor Giuseppe Novelli.



OVOCITI BREVETTABILI, LA CORTE DI GIUSTIZIA APRE UN VASO DI PANDORA

EUGENIA TOGNOTTI

Ha aperto un vaso di Pandora il pronunciamento della Corte di giustizia europea che apre la strada alla brevettabilità degli ovociti non destinati a diventare una persona. Le questioni che abbiamo di fronte, che intrecciano vita, scienza, etica e diritto, riguardano le sue importanti implicazioni, e, non solo, naturalmente per le compagnie biotech interessate alle cellule staminali. In sostanza gli ovuli attivati con un processo chiamato partenogenesi, una tecnica in cui i ricercatori utilizzano sostanze chimiche per indurre l'uovo a svilupparsi come se fosse stato fecondato, non vanno considerati embrioni umani. Di conseguenza possono essere comprati al mercato biotecnologico, venduti, utilizzati per sperimentazioni e per la ricerca sulle malattie. Al di là del problema che riguarda l'opportunità di imprigionare concetti scientifici come quello di embrione umano dentro la camicia di Nessò di una definizione giuridica, ci troviamo di fronte ad una svolta, che sembrerebbe ricondurre a nuove acquisizioni scientifiche. Una svolta non da poco, c'è da dire, rispetto a quanto aveva stabilito solo tre anni

fa, nel 2011. Allora - pronunciandosi sul caso sollevato in Gran Bretagna dall'International Stem Cell Corporation e facendo riferimento al principio generale che nessuna parte del corpo umano può essere brevettata - aveva esteso il concetto di embrione umano agli ovuli umani non fecondati la cui divisione e l'ulteriore sviluppo sono stati stimolati per partenogenesi.

La decisione comunicata oggi fa scuola e chiama in causa le questioni morali che circondano la brevettabilità di tecnologia basata sull'uso di cellule staminali embrionali umane. Ma rimanda anche ai temi bioetici in discussione in questi ultimi decenni: si può accettare che parti del corpo umano ottenute con tecniche di laboratorio possano essere considerate invenzioni da brevettare? E, ancora, che cosa si deve intendere per persona e su quali basi si devono fondare il suo valore, la sua dignità ed i suoi diritti? La sentenza riguarda soltanto la brevettabilità e non la questione della ricerca sugli embrioni su cui esistono, nel nostro Paese, visioni contrastanti. C'è da sperare che - nei diversi Stati, sotto il cielo d'Europa - ne scaturisca una nuova attenzione per le risorse e l'attenzione alla ricerca scientifica, lontana da ogni forma biotecnica di sfruttamento umano.



LA POLEMICA

L'Ue: l'ovulo non fecondato è brevettabile

MARIA NOVELLA DE LUCA

ALLE PAGINE 24 E 25

La Ue: sì al brevetto degli ovuli umani "Non sono embrioni"

Divide la decisione della Corte di giustizia europea "Favorita la ricerca". "Ma c'è rischio di commercio illegale"

Accolto il ricorso di un colosso del biotech, considerato il business del futuro

Scienza e industria interessate ai gameti "attivati" in laboratorio ma non fecondati

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. La vittoria, per adesso, sembra tutta di Big Pharma. Perché poter brevettare, e dunque comprare, vendere e naturalmente fare ricerca sulle cellule embrionali, è la grande scommessa non solo della medicina, ma anche dell'immenso business dell'industria biotech del futuro. E parte infatti da un ricorso della multinazionale inglese "Stem Cell Corporation" la sentenza della Corte di Giustizia Europea, che ieri ha stabilito un principio fondamentale e controverso insieme. Un ovulo umano «manipolato ma non fecondato», hanno affermato i giudici europei, può essere brevettato a fini commerciali e industriali, perché non si può definire come «embrione umano». Nel senso che quel tipo di ovocita, seppure stimolato in laboratorio, non si potrà mai evolvere in un individuo.

La questione è sottile, apre scenari futuribili, e c'è già chi mette in

guardia dalla compravendita di parti del corpo umano. «Il solo fatto che un ovulo umano attivato per partenogenesi inizi un processo di sviluppo — affermano i giudici — non è sufficiente per considerarlo un embrione». Dunque quel tipo di ovulo può essere messo in commercio, e soprattutto sottoposto a copyright, in modo che chi lo studierà se ne assicuri i proventi futuri. Parliamo infatti di un gamete femminile che è stato "attivato", che ha iniziato cioè una evoluzione, seppure lontanissima, verso lo status di embrione. Per questo dunque è prezioso per la ricerca.

Carlo Flamigni, uno dei padri fondatori della medicina ripro-

duttiva, spiega con chiarezza: «Attivare un ovulo per partenogenesi vuol dire fecondarlo in laboratorio, con diverse tecniche di stimolazione, ad esempio elettriche, o con il calore, e produrre così delle cellule embrionali. Cellule che resteranno in questo stadio, perché per formare un vero embrione ci vuole poi il seme maschile. Ma sono comunque utilissime ai fini scientifici, e per l'industria farmaceutica». Il problema per Carlo Flamigni sta proprio qui. «Le cellule staminali sono, è vero, il futuro della medicina. Da un punto di vista bioetico il problema non c'è, perché quelle cellule non diventeranno mai uno di noi. Ma ciò che mi preoccupa è come le sfrutterà l'in-

dustria, i brevetti, il business. E questa sentenza dimostra l'incredibile forza di Big Pharma. Nessuna università — commenta Flamigni — sarebbe riuscita ad avere un parere così favorevole sull'utilizzo degli ovuli e sulla loro manipolazione». In realtà c'è chi invece



avanza dei dubbi di tipo etico, come ad esempio il presidente emerito del Comitato di Bioetica, Francesco D'Agostino. «È abnorme brevettare qualcosa che deriva dalla manipolazione del corpo umano, apre scenari terribili», sostiene lapidario D'Agostino. E Lorenzo D'Avack, giurista e vicepresidente dello stesso Comitato, aggiunge: «Le posizioni bioetiche resteranno lontane. È vero infatti che la Corte di giustizia parla di ovociti e non di embrioni, ma gran parte del pensiero cattolico respinge, ad esempio, anche la manipolazione sul singolo gamete».

Pure sul fronte dei ricercatori lo scetticismo è forte. Il genetista Giuseppe Novelli, rettore dell'università di Tor Vergata a Roma, prefigura un incremento del «commercio illegale di embrioni». «Il problema è giuridico, non scientifico ed era stato già sollevato nel 2011», afferma Novelli, quando cioè i giudici europei avevano stabilito che la nozione di embrione «comprendeva anche gli ovuli umani non fecondati». La nuova sentenza, nata dal ricorso del colosso biotech "Stem Cell Corporation", ribalta però il verdetto del 2011. «Ogni Stato membro potrà dettare le proprie condizioni. Ma non si considera che questi ovociti — aggiunge Novelli — da qualche parte dovranno arrivare, quindi il rischio è quello di incrementarne il commercio illegale». Novelli ricorda il caso dello scienziato sudcoreano Hwang Woo Suk, protagonista di uno scandalo perché per i suoi esperimenti aveva utilizzato ovuli delle ricercatrici del suo gruppo, dando luogo di fatto a un commercio illegale di cellule.

Mentre Filomena Gallo, segretaria dell'Associazione Luca Coscioni, parla di un «passo in avanti che favorirà gli investimenti nella ricerca», anche Giulio Cossu, docente di Medicina rigenerativa all'Università di Manchester, avanza nuovi dubbi. Cossu non si sofferma tanto sul rischio di commercializzazione o brevettabilità di parti corpo umano, quanto del fine di tutto questo. «La brevettabilità va intesa in riferimento ai prodotti di ricerca ottenuti, anche, con degli ovuli, non degli ovociti in sé. Tuttavia, non vedo un utilizzo pratico derivante da questo pronunciamento, considerando il fatto che gli ovuli rappresentano un materiale biologico di non facile reperimento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A FAVORE

CARLO FLAMIGNI
Il ginecologo è uno dei fondatori della medicina riproduttiva



CONTRO

GIUSEPPE NOVELLI
Genetista, è il rettore dell'università di Tor Vergata a Roma

LE TAPPE

1

IL PRIMO VERDETTO
Nel 2011 la Corte Europea aveva respinto la richiesta di brevettabilità degli ovuli umani non fecondati considerandoli parte dell'embrione

2

IL RICORSO
Ieri la Corte accogliendo il ricorso di una multinazionale biotech ha invece dato il via libera alla commercio e alla brevettabilità delle cellule embrionali

3

LE REAZIONI
Per gli scienziati la sentenza è un passo in avanti nella ricerca, ma il rischio è lo sfruttamento industriale e il commercio illecito di gameti femminili

IL RAPPORTO AUMENTANO LE MALATTIE, È NECESSARIO EVITARE GLI SPRECHI

Chi nasce in Italia vivrà cent'anni La spesa sanitaria rischia di esplodere

■ ROMA

CHI nasce oggi vivrà probabilmente più di cento anni. Ma, di contro, sarà sempre più difficile trascorrere la vita in salute: per questo, il vero problema sarà evitare l'esplosione della spesa sanitaria. È questo il parere degli esperti che ieri hanno presentato la relazione sullo stato sanitario del nostro Paese.

«Soprattutto le donne che nascono oggi arriveranno a 100 anni – spiega il coordinatore Giovanni Simonetti –, però all'allungamento della vita media deve corrispondere una maggiore razionalizzazione della spesa pubblica. Serve un maggiore coordinamento dei



La famiglia Melis è la più longeva d'Italia e abita in Sardegna (Ansa)

medici che curano lo stesso paziente per evitare la duplicazione degli esami: solo nella diagnostica per immagini si sprecano 1,5 miliardi di euro l'anno».

Nel 2011 in Italia il 79,2% della vita media degli uomini e il 73,5%

di quella delle donne sono vissuti senza limitazioni gravi. Ciò vuol dire tuttavia che una percentuale consistente – e maggiore rispetto agli altri Paesi Ue – di vita media per entrambi i sessi è vissuta in presenza di malattia.



Il dossier

**Sanità all'italiana
Il nostro è un paese
per (poveri) vecchi**

■ Il dossier del Ministero sulla Salute mostra dati inquietanti per l'Italia dove si vive di più ma si nasce di meno.

Bianconi → a pagina 9

Il dossier Salute Bocciato il nostro stile di vita: sedentari, giocatori d'azzardo e viziati, fin dall'adolescenza

Questo è un Paese per vecchi

Si vive di più, si nasce di meno. Ecco la relazione di 650 pagine presentata dal Ministero

Giulia Bianconi

■ Gli italiani sono tra i più longevi in Europa: la speranza di vita è di 79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne. Sono tuttavia in aumento gli anziani: nel 2013 gli over 65 hanno superato il 21% della popolazione. La mortalità infantile è diminuita, così come di contro la natalità di circa il 10%. Elevata la sedentarietà, anche tra i bambini dove i dati preoccupanti riguardano soprattutto il sovrappeso. Questa è solo una parte del quadro emerso ieri dalla Relazione sullo Stato sanitario del Paese 2012-2013 presentata al ministero della Salute alla presenza di Vito De Filippo, sottosegretario di Stato alla Salute.

Dalla fotografia, redatta da oltre quattrocento autori, emerge inoltre che le tre cause di morte principali in

Italia sono dovute a malattie circolatorie, tumori e patologie respiratorie. Nel nostro Paese non mancano poi i vizi, anche se il fumo è in calo. Le donne sono le più dipendenti dall'alcool. Il gioco d'azzardo coinvolge, invece, più della metà della popolazione, anche se a livello patologico riguarda poco più del 2%.

Dalla relazione emerge un quadro preciso su prevenzione, assistenza e cure primarie, senza tralasciare i numeri relativi alle strutture sanitarie e a chi opera nel settore. Non mancano infine i costi. Un esempio: nel 2012 la spesa farmaceutica pubblica e privata è stata pari a 25,5 miliardi di euro.

Per De Filippo si tratta di «un documento importante da inviare a tutti coloro che decidono in termini di sanità nella nostra Nazione». Il sottosegreta-

rio di Stato alla Salute ironizza riferendosi al numero di pagine della relazione (ossia 642): «Andrebbe sfogliata con attenzione e inviata insieme a una lettera di accompagnamento come invito alla lettura». Si sofferma poi sull'importanza delle decisioni prese quest'anno: «Dal Patto per la salute alla legge di stabilità che offrono una base finanziaria per i prossimi tre anni».

La relazione è stata presentata ieri dal direttore generale delle professioni sanitarie del ministero, Rossana Ugenti, dal direttore dell'ufficio di Statistica del ministero, Cristina Tamburini, e da Giovanni Simonetti, professore di Radiodiagnostica dell'università Tor Vergata. All'unisono hanno sottolineato quanto la relazione sia in grado di «dare elementi che consentono di conoscere il Paese e capire in che modo rispondere ai bisogni degli italiani».



PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Due decessi su tre provocati da malattie circolatorie e tumori

■ Malattie circolatorie, tumori e patologie respiratorie. Sono queste tre le cause principali di morte in Italia. Le prime due causano circa i due terzi dei decessi nella nostra nazione, riguardando il 68% degli uomini e il 66,4% delle donne che muoiono principalmente per le malattie circolatorie (41%) contro i tumori (25%).

Le patologie respiratorie provocano invece la morte dell'8 degli uomini e del 6% delle donne. Il decesso del 5% degli uomini dipende da cause violente, mentre nelle donne da malattie endocrine.

Al nord si muore di più per i tumori, che colpiscono soprattutto gli uomini. Ma rientrano insieme al settentrione anche altre regioni italiane come il Lazio, la Campania e la Sardegna. Le donne colpite da tumori risiedono principalmente al nord e nel Lazio. Le malattie circolatorie colpiscono invece maggiormente il meridione e riguardano sia gli uomini che le donne. Il dato di mortalità per questo tipo di patologia riguarda anche il Lazio e l'Umbria (ma in questo caso solo gli uomini). La Campania, infine, è una delle regioni dove si registrano i decessi maggiori dovuti sia alla mortalità generale, ma anche ad altre cause di morte.



41%

Uomini
I pazienti morti per problemi circolatori
Il 25 di tumore

VECCHI E NUOVIVIZI

Fumo, alcol, droga e azzardo «Gioca» uno studente su quattro

■ Agli italiani non mancano le dipendenze da fumo, alcool, gioco d'azzardo e droga, anche se in maniera più ridotta rispetto ad altri Stati europei. In calo la vendita delle sigarette. Nel 2013, secondo i dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, si sono ridotte del 5,4% rispetto all'anno precedente. I fumatori sono il 20,9%: su 51,9 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni i fumatori sono circa 10,8 milioni, di cui 6,6 milioni di uomini (26,4%) e 4,2 milioni di donne (15,7%).

In Italia si beve meno che nel resto d'Europa, ma l'assunzione più alta riguarda le donne. Nel 2012 sono stati registrati 69.770 alcolodipendenti di cui oltre 15mila donne e più di 54mila uomini, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni sono pari al 9,1%. Il gioco d'azzardo colpisce, invece, il 49,4% degli studenti tra i 15 e i 19 anni e a livello patologico tra lo 0,5 e il 2,2% della popolazione. La stima dei giocatori problematici, cioè che investono discrete somme di denaro, pur non avendo ancora sviluppato una vera e propria dipendenza, varia dall'1,3% al 3,8%. Un paragrafo della relazione riguarda anche i tossicodipendenti, nel 2012 più di 164mila in carico ai SerD (Servizi per le Dipendenze).



20,9%

Fumatori
su 52 milioni di abitanti, di cui 6,6 milioni uomini e 4,2 milioni donne

I PIÙ LONGEVI D'EUROPA

Muoiono solo 3 bimbi su mille Gli stranieri oltre quota 4,5 milioni

■ Gli italiani sono tra i più longevi d'Europa. La speranza di vita registrata nel 2012 è stata di 79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne. Aumentano tuttavia gli anziani in Italia, con un indice di vecchiaia pari al 151,4% al 1° gennaio 2013.

Gli over 65 raggiungono il 21,2% della popolazione. Di contro i giovani fino a 14 anni sono appena il 14% e la popolazione in età attiva, compresa tra i 15 e i 64 anni, è pari a meno dei due terzi del totale.

La nostra nazione è anche tra i Paesi con il più basso tasso di mortalità infantile, nel 2011 pari a 3,1 per mille nativivi residenti. Ma diminuiscono anche le nascite di circa il 10%. Al 1° gennaio 2014 la popolazione residente supera i 60 milioni e mezzo, la maggior parte al nord (48%). Nel corso del 2013 la dinamica naturale (differenza tra nascite e decessi) registra un saldo negativo di quasi 86.000 unità, dato da 514mila nati e 600mila decessi.

Altro dato interessante riguarda la crescita della popolazione straniera in Italia: nel giro di dieci anni c'è stato un aumento di 3 milioni di individui, più del 200%, fino ad arrivare a 4,5 milioni di stranieri nel Paese.



60,5

Milioni
Popolazione residente nel nostro Paese nel 2011

TAPPA FISSA IN FARMACIA

Per i medicinali ogni abitante ha speso in media 430 euro l'anno

■ Diminuisce l'acquisto di medicinali da parte degli italiani. Nel 2012 la spesa farmaceutica pubblica e privata è stata pari a 25,5 miliardi di euro (il 76% dei quali è stato rimborsato dal Sistema sanitario nazionale), contro i 19,5 miliardi dei primi nove mesi del 2013 (rimborsato il 74,7%). Ogni italiano ha acquistato in media 30 confezioni di medicinali pari a oltre 1,8 miliardi di confezioni, spendendo circa 430 euro nel 2012. L'anno seguente gli italiani hanno acquistato un totale di 1,3 miliardi di confezioni per una media di circa 23 confezioni a testa.

Inoltre, nel 2012 la spesa farmaceutica territoriale pubblica e privata si è ridotta rispetto al 2011 del -5,6% ed è stata pari a 19.389 milioni di euro. La spesa territoriale pubblica nel 2013 è stata di 11.823 milioni di euro.

Le dosi giornaliere prescritte ogni mille abitanti a carico del Ssn in regime di assistenza convenzionata sono state nel 2012 985 (in aumento rispetto all'anno precedente del 2,3%), contro le 1.002,4 del 2013 (+1,8%).

Nel 2013 la spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero è stata pari a 1,9 miliardi di euro, per il 68,1% composta dai farmaci di classe H.



25,5

Miliardi
La spesa per i farmaci nel 2012 (in leggera diminuzione)

ALLARME BAMBINI

Mangiano male e non si muovono Uno ogni dieci soffre di obesità

■ La sedentarietà riguarda il 30% degli italiani. Rientrano in questa percentuale anche i bambini di cui si registra inoltre una preoccupante fetta in sovrappeso.

Il 2012 registra nei bambini tra gli 8 e i 9 anni abitudini alimentari scorrette, «confermando i livelli preoccupanti di eccesso ponderale, anche se si evidenzia un trend in leggera diminuzione» si legge nella relazione. Sempre tra i bambini di questa fascia d'età il 22,2% è in sovrappeso e il 10,6% in condizioni di obesità. Secondo un'indagine svolta nel 2012 e riportata nella relazione, il 17% dei bambini non ha praticato movimento ossia attività sportiva a scuola, all'esterno o semplicemente gioco all'aperto il giorno precedente l'indagine sottolineando le abitudini sedentarie. Nel 2013 i bambini tra gli 0 e i 14 anni che soffrono almeno di una malattia cronica sono il 7,7%, mentre di due o più malattie appena l'1,4%. Diminuiscono le malattie allergiche riguardando il 6,3% dei ragazzi (contro l'8% del 2008). I ricoveri pediatrici sono dovuti nel primo anno di età per il 50% alle malattie e disturbi del periodo neonatale. Nelle fasce di età più alta le cause sono legate principalmente a disturbi dell'apparato digerente.



17%

Bambini

Percentuale dei soggetti che non praticano «movimento»

RIORDINO SISTEMA SANITARIO

Posti letto diminuiti nel 2013 Passati a 3,7 per ogni mille cittadini

■ La riorganizzazione delle reti ospedaliere negli ultimi anni ha portato alla riduzione dei posti letto, nel 2013 pari a 3,7 per ogni mille abitanti. Rispetto alla Relazione del 2011 i posti letto per acuti passano da 202mila a 189mila, mentre per la postacuzie si va dagli oltre 37mila ai 35mila circa. Questa diminuzione riguarda principalmente le strutture pubbliche.

Il documento si concentra anche su cure primarie, continuità dell'assistenza e prevenzione. Risultano 123 le Case della Salute ripartite tra Toscana (50), Liguria (3), Emilia Romagna (49), Umbria (2) Molise (4), Marche (14) e Lazio (1); 42 i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), dei quali 35 in Sicilia, 5 nel Molise e 2 in Abruzzo; 34 le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), delle quali 32 nel Veneto e 2 in Abruzzo; 175 le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), delle quali 164 attivate nel Veneto e 11 in Basilicata.

Sei regioni italiane (Liguria, Emilia Romagna, Marche, Campania, Sicilia, Abruzzo) hanno previsto l'individuazione di modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria H24 e consentire la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza.



123

Case Salute

tra Toscana, Liguria, Emilia - Romagna, Umbria, Lazio Molise e Marche

Corte Ue. No al licenziamento di un babysitter danese

L'obesità è un handicap

Lavoratori più tutelati

LE INDICAZIONI

Il peso eccessivo può rappresentare un ostacolo allo svolgimento di un'attività professionale

Marina Castellaneta

■ L'obesità può essere qualificata come **handicap**. Di conseguenza, il lavoratore obeso ha diritto alla tutela offerta dalla direttiva 2000/78/Ce sulla **parità di trattamento** in materia di occupazione e di condizioni di lavoro. Lo ha stabilito la Corte di giustizia dell'Unione europea nella prima sentenza sulla qualificazione, come handicap, dell'obesità. La pronuncia, depositata ieri (causa C-354/13), è stata provocata dal rinvio pregiudiziale dei giudici danesi alle prese con un ricorso di un dipendente dell'amministrazione pubblica impiegato come babysitter. Il dipendente era afflitto da obesità, secondo gli standard fissati dall'Organizzazione mondiale della sanità. L'amministrazione, spinta, all'apparenza, dalla diminuzione del numero di bambini da seguire, aveva deciso un licenziamento e aveva scelto il ricorrente secondo il quale, invece, la decisione era dipesa dalla sua obesità. Di qui l'azione giudiziaria. Il Tribunale danese, prima di decidere se il ricorrente fosse stato vittima di una discriminazione fondata sull'obesità, ha chiamato in aiuto la Corte Ue.

Per gli eurogiudici, è vero che la direttiva 2000/78 che si occupa di contrastare le discriminazioni basate sulla religione, sull'handicap, sull'età e sulle tendenze sessuali, non indica direttamente l'obesità, ma nella nozione di handicap può essere inclusa questa patologia.

Questo perché per handicap s'intende non solo un'impossibilità di esercitare un'attività professionale, «ma altresì un ostacolo a svolgere una simile attività». Lo stato di obesità - osserva la Corte di giustizia - non è, in via generale, un handicap nel senso specificato nella direttiva che si riferisce a «una limitazione risultante segnatamente da menomazioni fisiche, mentali o psichiche durature», in grado di ostacolare «la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale, su base di uguaglianza con altri lavoratori». Tuttavia, in determinate circostanze, l'obesità può comportare delle limitazioni, ostacolando la vita professionale della persona interessata. Una situazione che si verifica nei casi in cui l'obesità è di lunga durata o se, ad esempio, il lavoratore ha una mobilità ridotta o patologie che gli impediscono di lavorare o fanno sorgere difficoltà nella realizzazione dei suoi compiti professionali. L'obesità del babysitter era di lungo periodo e, quindi, se il giudice nazionale ravvisa una limitazione nella sua vita professionale deve considerare l'obesità come handicap e applicare le garanzie offerte dalla direttiva Ue. In particolare, scrive Lussemburgo, i giudici nazionali devono partire dal presupposto che spetta alla parte convenuta e, quindi, al datore di lavoro, dimostrare che non si è realizzata alcuna violazione del principio della parità di trattamento.

La Corte ha escluso, invece, l'esistenza di un principio generale del diritto Ue di non discriminazione a motivo dell'obesità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La classifica**Tasso di obesità
legato al mestiere
Gli economisti
sono i più magri**

I più a rischio sono gli addetti alla sicurezza: poliziotti, pompieri e guardie giurate. Per loro, il tasso di obesità, ossia la probabilità di diventare molto sovrappeso, supera il 40%. A seguire (35,6%), ci sono i lavoratori del sociale e gli uomini di chiesa, segno che occuparsi degli altri spesso porta a trascurare se stessi. È la classifica del rischio obesità in base all'occupazione stilata dall'*American journal of preventive medicine*. I mestieri più colpiti, dopo i primi, sono infermieri, terapisti, architetti, ingegneri, autisti e camionisti. Economisti, scienziati e psicologi i più virtuosi in fatto di linea (14,2%), seguiti da artisti, attori e reporter. Ma anche cuochi e baristi, con un tasso del 23,1%. Cifre da non trascurare: negli Usa, impiegati in forma significano per il datore di lavoro un risparmio medio del 9% in spese sanitarie e assenze per malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il peso dell'obesità affonda il Pil

Secondo l'ultimo rapporto McKinsey, l'emergenza-grasso in Italia costa quasi 50 miliardi di euro.

2000
gli adulti italiani
in sovrappeso
erano il 27,8%,
gli obesi l'8,6%.
In tutto,
il **36,4%**
della
popolazione
italiana adulta.

Oggi
gli adulti italiani
in sovrappeso
sono il 31,8%,
gli adulti obesi
il 10,2%.
In totale,
il **42%**
della
popolazione.

Secondo
il report
di McKinsey,
l'obesità
in Italia
ha un impatto
economico
(tra effetti diretti
e investimenti
per combatterla)
di **48,6 miliardi**
di euro,
pari al 2,9%
del Pil.

In Italia vale il 2,9 per cento del Prodotto interno lordo. Non si tratta dell'ennesima manovra finanziaria, ma dell'impatto che hanno sull'economia italiana obesità e sovrappeso in base a un'analisi della società di consulenza McKinsey. Seconda solo agli effetti del tabacco, che ci costano ogni anno 62 miliardi di dollari (48 miliardi di euro), nel 2013 l'emergenza grasso riguardava il 42 per cento della popolazione adulta italiana, per i tre quarti colpita da sovrappeso e per il resto da obesità. Nel 2000, il dato era al 36,4 per cento della popolazione, di cui il 27,8 in sovrappeso e l'8,6 obeso.

Quella tracciata nel rapporto è una catastrofe planetaria che colpisce oltre 2 miliardi di persone, il 30 per cento della popolazione mondiale, e che di questo passo salirà al 50 per cento nel 2030. I numeri presentati da McKinsey sono quelli di una guerra: l'impatto

economico di una popolazione sempre più grassa è stimato in 2 mila miliardi di dollari (1.600 miliardi di euro), il 2,8 per cento del Pil mondiale. Più di alcolismo (1.100 miliardi di euro), analfabetismo (1.000 miliardi) e cambiamenti climatici (800 miliardi); mentre tra il 2 e il 7 per cento della spesa sanitaria dei paesi sviluppati serve a contrastare le conseguenze dell'obesità, valore che arriva al 20 per cento se si sommano le malattie correlate. Soluzioni definitive non ce ne sono, anche se le campagne di sensibilizzazione come quelle portate avanti dalla first lady Michelle Obama restano centrali. Per McKinsey, infatti, sarebbe utile ridurre le porzioni di alimenti confezionati e di quelli venduti nei fast food, modificare il marketing sui cibi e fare più educazione fisica nelle scuole.

(Mikol Belluzzi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TUMORI: CNR, NANOPARTICELLE D'ORO CATTURANO E UCCIDONO CELLULE CANCRO

Milano, 19 dic. (AdnKronos Salute) - La capacità delle cellule tumorali di sopravvivere anche in condizioni 'estreme', per esempio in presenza di poco ossigeno, può essere utilizzata per renderle riconoscibili da parte di nanoparticelle d'oro capaci di catturarle e distruggerle. E' il principio di una tecnologia messa a punto da un gruppo di scienziati dell'Istituto di fisica applicata del Consiglio nazionale delle ricerche (Ifac-Cnr) e dell'università di Firenze. La nuova metodica, illustrata su 'Advanced Functional Materials', è protetta da brevetto. "Le cellule tumorali si distinguono da quelle sane per la loro 'sete' di ossigeno - spiega Fulvio Ratto, autore dello studio e ricercatore dell'Itac Cnr - Con il nostro lavoro abbiamo scoperto che proprio le caratteristiche sviluppate per far fronte all'ipossia possono essere utilizzate per la loro individuazione. In particolare, abbiamo constatato che le cellule cancerose ipossiche reagiscono alla carenza di ossigeno esprimendo sulla membrana un enzima chiamato anidrasi carbonica 9 (Ca9). Noi abbiamo reso riconoscibile questa sorta di impronta da parte di nanoparticelle d'oro fornite di un inibitore di Ca9, per esempio un sulfamidico: le nanoparticelle in tal modo identificano e attaccano le cellule tumorali ipossiche, che sono le più difficili da raggiungere con le terapie convenzionali". Una volta che le cellule del cancro sono state 'agganciate' in modo selettivo, le nanoparticelle possono essere attivate con un laser per scopi sia diagnostici che terapeutici. "A seconda del regime di esposizione luminosa - prosegue Ratto - le nanoparticelle generano ultrasuoni oppure calore, che potrebbero essere rispettivamente impiegati per l'imaging diagnostico oppure per la rimozione ipertermica delle cellule maligne. In pratica, le nanoparticelle d'oro possono evidenziare la presenza delle masse tumorali oppure distruggere con il calore le cellule che le compongono". Finora gli esperimenti sono stati condotti su cellule coltivate in laboratorio e dimostrano che, non appena subentrano le condizioni di ipossia, le cellule cancerose possono essere efficacemente riconosciute e distrutte. "La strada per applicare questa tecnologia all'uomo è però ancora lunga", puntualizza lo scienziato: "Sarà infatti necessaria una complessa fase di test preclinici in modelli animali, prima di accedere alla sperimentazione clinica. Tuttavia, abbiamo ragione di ritenere che la sinergia tra nanotecnologie, biofotonica e biologia cellulare - conclude - potrà fornire uno strumento efficiente e versatile per la diagnosi e la cura di molti tumori".

La ricetta contro il boom medicina difensiva? Ripensare la responsabilità medica



Un fenomeno che genera inefficienze e sprechi fino a 13 miliardi non può essere ulteriormente aggravato ma impone una rapida corsa ai ripari. Che parte da un ripensamento della disciplina vigente in tema di responsabilità medica. A fare il punto sul peso e sui risvolti della medicina difensiva in Italia è il Ceis-Tor Vergata di Roma, che ha organizzato a Roma il convegno dedicato alle "Regole che la inducono, regole che la riducono".

L'adozione della medicina difensiva - spiegano dal Ceis - rappresenta un problema enorme per i sistemi sanitari di tutti i paesi industrializzati, in particolar modo per quello italiano. Il fenomeno incide per oltre 10 miliardi di euro (circa lo 0,75% del Pil) e determina una serie negativa di effetti sul sistema sanitario che influiscono sulla sua efficienza complessiva: allungamento delle liste d'attesa per gli esami specialistici, aumento negli accessi al pronto soccorso e occupazione più del dovuto di posti letto nelle strutture ospedaliere.

Le soluzioni possibili. Se il problema è grave, drastiche e tempestive dovranno essere le soluzioni. «Guardando all'aspetto giuridico - spiega il direttore del Ceis Tor Vergata Vincenzo Atella - è necessario prendere atto dell'inefficienza della vigente disciplina della responsabilità medica e della necessità di un suo ripensamento, non nella prospettiva di favorire qualcuno degli attori della prestazione dell'assistenza medico-sanitaria, ma di incentivare il funzionamento "corretto" del sistema, rendendolo così più efficiente e garantendo una maggior tutela di tutti i suoi attori, in particolare dei medici e dei pazienti/utenti. Per arrivare a ottenere un tale cambiamento è, però, necessario procedere a un radicale ripensamento della responsabilità medica fondata sull'atto medico e sul rapporto medico-paziente, ricostruendo, invece, il sistema intorno al nuovo paradigma di prestazione dei servizi sanitari, soprattutto ospedalieri, come

servizi integrati in organizzazioni complesse, considerando l'errore medico non necessariamente in termini di "colpa", ma come un rischio tipico dell'attività. In tal modo il vero problema diventerebbe quello di minimizzare il rischio dell'evento e questo garantirebbe anche alle imprese assicurative di svolgere meglio il proprio mestiere».

Questo cambio di prospettiva consentirebbe, quindi, di risolvere il problema dell'abbandono del mercato della responsabilità civile medica da parte delle compagnie assicurative, che dipende non tanto (e non solo) dall'incremento del relativo contenzioso e dell'ammontare dei risarcimenti quanto, piuttosto, dalla impossibilità di predeterminare modelli di copertura dei rischi in ragione dell'assenza di informazioni complete e attendibili su quantità e qualità di eventi risarcibili verificatisi storicamente».

Il contributo della ricerca nel settore. Per contribuire a tale cambiamento è, però, necessario investire di più in ricerca in questo settore. Il Ceis Tor Vergata, insieme con l'Università Tor Vergata di Roma e l'Università Giustino Fortunato di Benevento, ha inaugurato un'iniziativa di ricerca in materia di responsabilità medica e medicina difensiva istituendo un centro ad hoc che «guarderà al fenomeno - spiega ancora Atella - lungo due direttrici. Da un lato quella di ispirazione economica, che intende procedere a una quantificazione attendibile del fenomeno della medicina difensiva e definire meglio la struttura degli incentivi che la determina. Dall'altro, contribuire a una riduzione del fenomeno nella prospettiva della indagine giuridica. Tutto ciò avverrà con un approccio multi-disciplinare, che è l'unica strada da seguire per provare a trovare una soluzione a un problema di enorme impatto economico e sociale e intrinsecamente complesso».

Morte in culla, diventano operativi nuovi protocolli per l'accertamento

Entra in vigore il decreto del ministero della Salute che darà piena attuazione alla legge «salva neonati» approvata otto anni fa e rimasta ferma al palo

di Ruggiero Corcella



Entrerà in vigore il 23 dicembre prossimo, la nuova normativa che regola le indagini e gli accertamenti diagnostici da eseguire in caso di sospetta sindrome della morte improvvisa infantile (o Sids) e di morte improvvisa e inaspettata di un feto (o Siud). Il 22 novembre 2014 è stato infatti pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto 7 ottobre 2014 di approvazione dei protocolli diagnostici “Protocollo di indagini e di riscontro diagnostico nella morte improvvisa infantile - Legge 2 febbraio 2006, n. 31, art.1, comma 2” e “Morte inaspettata di feto di età gestazionale superiore alla 25a settimana”. Dovrebbe così sbloccarsi una volta per tutte la situazione di stallo nell’ormai annosa questione della mancata applicazione della legge 31 del 2006 per la prevenzione della sindrome della “morte improvvisa in culla” sulla quale sono anche state presentate tre interrogazioni dal senatore Pietro Ichino (Scelta civica) e dagli onorevoli Paola Taverna e Massimo Baroni (Movimento 5 Stelle) . E chissà che i genitori e i nonni di un bimbo milanese di appena 4 mesi, morto proprio il 17 dicembre 2011 per una sospetta Sids, possano adesso trovare finalmente una risposta alla causa del decesso e contribuire così alla ricerca sulla sindrome più in generale. Certo stupisce che il ministero della Salute abbia pubblicato la notizia del nuovo decreto sul sito istituzionale (impegnandosi «a diffondere la conoscenza di questo decreto presso il personale medico, mediante la trasmissione del provvedimento agli assessorati competenti e alle società scientifiche, e presso le Associazioni delle famiglie colpite da SIDS»), ma non abbia ritenuto di darle maggiore diffusione al grande pubblico anche attraverso la stampa.

La sindrome-rebus

La Sids, che colpisce i bambini tra un mese e un anno di età, è una sindrome-rebus fin dalla sua definizione: la sigla «Sids» infatti non corrisponde neppure a una precisa patologia. Si applica quando si possono escludere (previa autopsia e analisi accurate sul bambino e sulle circostanze della sua morte) tutte le altre cause note per spiegare il decesso del neonato, dalle malformazioni agli eventi dolosi. «La morte in culla e la morte inaspettata del feto rappresentano tra i più gravi e ancora poco conosciuti problemi della medicina moderna e le cause di questi eventi non sono ancora del tutto chiare — scrive il ministero della Salute —. La morte improvvisa del

lattante costituisce la più frequente causa di morte nel primo anno di vita con una incidenza di circa uno su 700/1000 nati vivi e la morte inaspettata del feto ha una incidenza di circa uno su 100/200 gravidanze». L'epidemiologia dice dunque che l'incidenza della Sids a livello internazionale è contenuta. Ma quando colpisce, gli effetti sulle famiglie sono devastanti. Identificarla con precisione e accertarla da un punto di vista medico-legale, dunque, è fondamentale. La legge 31 del 2006 prevede a questo fine l'obbligo dell'autopsia in caso di morte improvvisa del lattante (Sids) e morte inaspettata del feto (o Siud). La normativa di otto anni fa individuava nel Centro di ricerca Lino Rossi di via Commenda 19 a Milano (ex Istituto di Anatomia Patologica) dell'Università degli Studi di Milano, il Centro di riferimento nazionale per la raccolta e lo studio dei casi di Sids e di Siud e demandava alle Regioni il compito di indicare i Centri di riferimento che devono occuparsi degli esami autoptici e della raccolta dei dati da trasmettere al Centro "Lino Rossi" stesso. Per motivi non del tutto chiariti, appena sette Regioni (Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trentino e Veneto) hanno provveduto a indicare i Centri di riferimento ma di fatto solo la Provincia autonoma di Trento e pochi ospedali (Crema, Lecco, Merate, Modena, Piacenza, Sondrio) inviano i dati al Centro "Lino Rossi" che è quindi rimasto in una sorta di limbo. Una situazione davvero confusa, per le tante voci messe in giro: secondo i responsabili dell'Anatomia patologia del grande ospedale di Milano, che dovevano effettuare le indagini sul piccolo deceduto il 17 dicembre 2011, il Centro addirittura non sarebbe più esistito a quella data.

I percorsi diagnostici

Ora il nuovo decreto ha definito due percorsi diagnostici distinti elaborati da un apposito gruppo di lavoro, dopo che nel 2008 il Consiglio superiore di sanità aveva bloccato il protocollo già predisposto dall'allora Istituto di Anatomia patologica dell'Università di Milano, a cui faceva capo anche il Centro di ricerca Lino Rossi. Il Ciss aveva rilevato alcune "criticità" nel protocollo del Centro (rilievi sempre respinti dai responsabili del "Lino Rossi") e ci sono voluti sei anni per arrivare ad una soluzione della vicenda. Secondo quanto si legge sul sito del ministero della Salute, i nuovi protocolli «definiscono in modo particolareggiato tutte le tappe del riscontro diagnostico: indagine medico-legale, autopsia, diagnosi molecolare infettivologica, accertamento tossicologico, valutazione genetica, consulenza genetica, indagini citogenetiche sui lattanti deceduti improvvisamente e sui feti deceduti anch'essi senza causa apparente. Tali documenti sono stati sottoposti alla valutazione del Consiglio superiore di sanità, che ha espresso all'unanimità parere favorevole. In sintesi, il percorso interdisciplinare elaborato offre ai professionisti sanitari la possibilità di definire tutte le informazioni necessarie e le modalità idonee attraverso cui raccogliere le medesime informazioni e quindi di adottare azioni e strumenti adeguati, per giungere alla corretta valutazione dei risultati dei propri interventi».

E il Centro Lino Rossi?

Di fatto, il ministero non lo nomina in modo esplicito. Cosa dice? «Considerato che la prevenzione si basa anche sulla migliore conoscenza delle alterazioni riscontrabili nei vari organi e sull'individuazione dei meccanismi che ne sono alla base, le attività di ricerca e prevenzione realizzabili attraverso l'applicazione dei due protocolli diagnostici si pongono come un'assoluta priorità di salute pubblica. È quindi essenziale ora che i risultati delle indagini svolte secondo i due protocolli approvati, ma anche quelle effettuate nel corso di questi anni, siano comunicati tempestivamente (come previsto dell'articolo 3, comma 1, della legge citata) dai centri autorizzati alla banca dati nazionale istituita presso il Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche dell'Università degli studi di Milano (già Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Milano) per consentire di comprendere e analizzare meglio questi eventi avversi. L'obiettivo è quello di ridurre i casi infausti ancora oggi senza spiegazioni e, una volta compresi tutti gli aspetti esaminati, abbassare il tasso di mortalità infantile ed evitare la sofferenza per le famiglie». Insomma il dicastero fa uno strano giro di parole, ma la banca dati altro non è che il Centro "Lino Rossi". In effetti il Centro è stato rinnovato dall'Università degli Studi di Milano fino al 2017 e il ministero della Salute ha inviato all'Università stessa il contributo previsto dall'art.3 della legge 31 per l'istituzione della Banca Dati Nazionale, inizialmente di 36 mila euro annui, ridotto poi a circa la metà. «Vediamo positivamente l'approvazione del nuovo decreto — dice la professoressa Anna Maria Lavezzi, direttrice del Centro —. Secondo noi è però necessario un aggiornamento dei protocolli». Sul sito, il ministero parla di modifiche ma di altro tipo: «Alcuni aspetti per la piena applicazione della legge 31/2006, attinenti a profili organizzativi, saranno oggetto di specifico Accordo in sede

di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano». Il riferimento è alla “Proposta di modello organizzativo sul territorio e algoritmo operativo in caso di SUID” elaborata dal Gruppo di esperti nominato dal Ministero che ha rivisto la materia. La Suid (Sudden unexpected infant death, ovvero morte improvvisa inaspettata del bimbo al di sotto dell’anno di età) raggruppa tutti i casi di bambini (dunque non i feti) morti improvvisamente e inaspettatamente, le cui cause di morte non sono immediatamente evidenti. Dopo l’autopsia, se non si trova ancora una causa, diventerebbero casi di SIDS. Dunque non ci sono conferme ufficiali, da parte del ministero, sull’accoglimento delle modifiche chieste dal Centro “Lino Rossi”. Non resta che attendere.

[http://www.corriere.it/salute/pediatria/14 dicembre 17/morte-culla-diventano-operativi-30915462-85da-11e4-a2bf-0fba46a30b83.shtml](http://www.corriere.it/salute/pediatria/14_dicembre_17/morte-culla-diventano-operativi-30915462-85da-11e4-a2bf-0fba46a30b83.shtml)

MILANO

Nato il bimbo da madre cerebralmente morta "Il piccolo sta bene"

MILANO. Gli esami neurologici fatti finora hanno dato responso positivo. E, anche se dovrà restare in ospedale per le prossime tre settimane, le sue condizioni vengono definite «buone». È nato ieri mattina, alle 8.30, il bimbo della donna milanese di 36 anni che, lo scorso 21 ottobre, era stata colpita da un'emorragia cerebrale. Ed era arrivata al pronto soccorso del San Raffaele, trasportata da un'ambulanza del 118, ormai clinicamente morta, ma incinta alla 23esima settimana. Una situazione difficile, in cui i medici hanno tentato il tutto per tutto, portando avanti la gravidanza nonostante l'elettroencefalogramma piatto della signora, per riuscire a salvare il bambino. Che è nato con parto cesareo, pesa un chilo e 800 grammi ed è vispo, roseo, in salute. Nelle ultime nove settimane il caso è stato seguito notte e giorno da una équipe multidisciplinare. La gestazione è stata prolungata grazie alla ventilazione artificiale, che ha permesso all'ossigeno di arrivare al sangue della donna. L'alimentazione del feto è stata garantita da una sonda inserita nell'intestino materno. A Milano due casi analoghi si erano verificati al Niguarda, nel 2006 e nel 2010.

(a.l.co.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il falso allarme

I medici di famiglia: vaccini in forte calo

Sotto accusa i media

ROMA

Forte calo delle vaccinazioni influenzali dopo l'allarme (poi rientrato) legato al vaccino Fluad. A lanciare l'allarme è la Fimmg, la federazione dei medici di famiglia. Da un sondaggio condotto dal Centro studi nazionale della Fimmg a cui hanno risposto 700 camici bianchi, emerge come le notizie diffuse a seguito del "caso Fluad" abbiano comportato problemi significativi nel proseguire la campagna vaccinale antinfluenzale: un 30% dei medici di famiglia ne riferisce un sostanziale arresto, un 42% una notevole difficoltà nella disponibilità a vaccinarsi da parte dei propri assistiti; solo un 16% riferisce un rallentamento che incide relativamente sulla sua efficacia.

Le conseguenze, per quest'anno, sono attese in una flessione della percentuale dei vaccinati fino al 20% per il 48% dei medici, dal 20 al 40% per un 25% del campione, più del 40% per il 7%: appena il 18% non ritiene invece di apprezzare significative variazioni rispetto alla precedente campagna vaccinale. I media vengono ritenuti maggiormente responsabili di quanto accaduto (per l'83% dei medici); livelli di responsabilità più contenuti vengono attribuiti ad Aifa (9%) e al ministero della Salute (8%). L'82% del campione ritiene di non sentirsi sufficientemente tutelato nelle responsabilità medico legali rispetto alla campagna vaccinale, nell'ipotesi che si verificano eventi avversi significativi. «È evidente che l'impatto mediatico di quanto accaduto sia stato devastante», ha dichiarato a Fimmg Notizie Paolo Misericordia, responsabile del Centro studi nazionale Fimmg, «gli effetti

complessivi sono stati attenuati solo dal fatto che il caso Fluad è avvenuto quando la campagna vaccinale era in una fase avanzata. Non sarà semplice per il medico di medicina generale gestire le perplessità e le diffidenze della gente anche nei prossimi anni, per cercare di riportare ai livelli di penetrazione precedentemente raggiunti una vaccinazione in cui la stessa medicina generale ha sempre creduto».

Intanto, nel 2013 l'Italia ha registrato un numero altissimo di segnalazioni di eventi avversi da farmaci, superiore alla media dell'Unione Europea. In un terzo dei casi si è trattato di effetti gravi che hanno comportato il ricovero. Lo afferma la Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 presentata a Roma. «La Rete nazionale di farmacovigilanza ha registrato 40.957 segnalazioni di reazioni avverse (31% definite gravi perché causa di ricovero) – si legge – equivalenti a un tasso di segnalazioni pari a 690 casi per milione di abitanti, risultato superiore a quello di altri Paesi europei con una forte tradizione nella farmacovigilanza e al valore definito dall'Organizzazione mondiale della sanità come "gold standard" per un efficiente sistema di sicurezza (300 segnalazioni per milione di abitanti)».



Medicina. Pronto il decreto Miur-Salute che rivede l'organizzazione delle scuole per chi aspira a esercitare la professione

Specializzazioni più brevi

IL CONCORSO 2014

Il Tar ha accolto un primo ricorso sulle graduatorie, ma il Miur frena: «I posti saranno assegnati secondo i criteri previsti nel bando»

Marzio Bartoloni

■ Chi sognadi diventare chirurgo, endocrinologo o psichiatra aspetterà un anno in meno per esercitare la professione. Già dal prossimo anno sarà accorciata la durata dei corsi di specializzazione medica che saranno ridotti a 4 anni in media, contro i cinque di oggi. Il decreto interministeriale a firma del ministero dell'Istruzione con la Salute che introduce un restyling delle scuole di specializzazione è pronto. Nei giorni scorsi il Consiglio universitario nazionale - presieduto da Andrea Lenzi che ha lavorato alla riforma con un gruppo di esperti - ha dato parere favorevole e ora il Miur entro l'anno dovrebbe dare il via libera definitivo. La riforma appena sarà a regime porterà anche dei risparmi che dovranno essere reinvestiti per finanziare nuovi contratti di specializzazione: secondo le prime stime 700-800 specializzandi in più potranno entrare nelle scuole in aggiunta ai 5.500 previsti oggi.

La bozza di decreto prevede innanzitutto l'accorciamento della durata dei corsi che attualmente - come prevede il Dm del 1 agosto del 2005 - sono in media più lunghi rispetto agli standard europei stabili-

ti dalla direttiva Ue 36 del 2005. Da qui la decisione di abbreviare di un anno il percorso di formazione post laurea per 30 scuole di specializzazione che non dureranno comunque più di 5 anni (oggi le chirurgie arrivano anche a sei). Il decreto riduce tra l'altro anche il numero di scuole che scendono a 50 dalle attuali 58 (anche se quelle operative sono 56). Ma la riforma va anche più in profondità con dei corposi allegati al decreto che rivedono gli ordinamenti delineando le regole su obiettivi formativi, tronco comune e attività professionalizzanti. Queste ultime, in particolare, si concretizzeranno in una maggiore pratica al letto del paziente.

Intanto in attesa della riforma che dovrebbe scattare il prossimo anno si potrebbero riaprire le graduatorie dell'ultimo concorso nazionale per le specializzazioni che si è concluso tra le polemiche per un errore nei test (erano stati invertiti dei quiz). Mercoledì il Tar del Lazio ha accolto in via preliminare un primo ricorso di un aspirante specializzando, ma il ministero frena: «Nessun balletto o girandola di posti per l'accesso nelle scuole di specializzazione. Il ministero procederà regolarmente con lo scorrimento delle graduatorie assegnando i posti secondo i criteri previsti nel bando. Ogni eventuale contenzioso sarà affrontato nelle sedi appropriate. A oggi, intanto, sono 4.543 gli iscritti su 5.514 contratti disponibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





adnkronos
salute

○ 19 dicembre 2014
○ NUMERO 197 | ○ ANNO 8

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

» PHARMAMARKET **Farmaci, 40mila segnalazioni reazioni avverse nel 2013**

Nel 2013 la Rete nazionale di farmacovigilanza ha registrato 40.957 segnalazioni di reazioni avverse (31% definite gravi perchè causa di ricovero), equivalenti a un tasso di segnalazioni pari a 690 casi per milione di abitanti, risultato superiore a quello di altri Paesi europei con una forte tradizione nella farmacovigilanza e al valore definito dall'Oms come 'gold standard' per un efficiente sistema di sicurezza (300 segnalazioni per milione di abitanti). E' la fotografia scattata dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 presentata a Roma. L'aumento delle segnalazioni è stato principalmente riferito a farmaci diversi dai vaccini (+47%) mentre per questi ultimi la situazione è rimasta stazionaria, con un lieve aumento dello 0,3%. Il 54% delle segnalazioni avverse nel 2013 e' stato trasmesso da Lombardia, Toscana e Campania.



FARMACI: 40MILA SEGNALAZIONI REAZIONI AVVERSE NEL 2013, TASSO FRA PIU' ALTI UE =

Dati Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013

Roma, 18 dic. (AdnKronos Salute) - Nel 2013 la Rete nazionale di farmacovigilanza ha registrato 40.957 segnalazioni di reazioni avverse (31% definite gravi perchè causa di ricovero), equivalenti a un tasso di segnalazioni pari a 690 casi per milione di abitanti, risultato superiore a quello di altri Paesi europei con una forte tradizione nella farmacovigilanza e al valore definito dall' Oms come 'gold standard' per un efficiente sistema di sicurezza (300 segnalazioni per milione di abitanti). E' la fotografia scattata dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 presentata a Roma.

L' aumento delle segnalazioni è stato principalmente riferito a farmaci diversi dai vaccini (+47%) mentre per questi ultimi - evidenzia il rapporto - la situazione è rimasta stazionaria, con un lieve aumento dello 0,3%. Il 54% delle segnalazioni avverse nel 2013 e' stato trasmesso da Lombardia, Toscana e Campania. Nel 2013 i medici ospedalieri hanno rappresentato la fonte principali di segnalazioni (52%), farmacisti (16%), medici specialisti (9%) e dai medici di medicina generale (7%). Gli antimicrobici (24%) e antineoplastici (18%) e quelli del sistema nervoso centrale (14%) sono stati tra i farmaci più segnalati.

Ictus

Cervello in salvo con la tecnica pulisci-arterie

Basta invalidità:
per gli esperti
l'uso chirurgico
di un "uncino"
è una svolta
epocale
Speranze da
una cura per
i pazienti gravi

GINA KOLATA

DOPO trent'anni di insuccessi, i ricercatori hanno trovato una cura che migliora notevolmente la prognosi per chi è colpito dalle tipologie di ictus più gravi e invalidanti. Rimuovendo direttamente i coaguli di sangue che ostruiscono i vasi sanguigni, si possono salvare tessuti cerebrali che in caso contrario sarebbero morti, consentendo a tante persone di tornare ad avere una vita indipendente.

Lo studio, pubblicato online dalla rivista di settore *The New England Journal of Medicine* e condotto da ricercatori olandesi, sta suscitando grande entusiasmo. Uno dei motivi per cui la cura ha funzionato, ipotizzano i ricercatori, è che i medici hanno usato un nuovo tipo di laccio per catturare i coaguli. È uno stent, sostanzial-

mente una gabbietta di metallo posta all'estremità di un catetere, che viene inserito nell'inguine e portato fino al cervello attraverso una vena. Quando la punta del catetere raggiunge il coagulo, lo stent viene aperto e spinto dentro: il coagulo viene imprigionato e il medico può ritirare il catetere ed estrarre lo stent con tutto il coagulo.

«È una rivoluzione» dice Ralph Sacco, direttore del dipartimento di neurologia alla Miller School of Medicine dell'Università di Miami. «È una svolta radicale», commenta Joseph Broderick, direttore dell'istituto di neuroscienze dell'Università di Cincinnati. Circa 630 mila americani ogni anno sono colpiti da un ictus provocato da coaguli che bloccano i vasi sanguigni del cervello. In un caso ogni due o tre, il coagulo interessa un vaso sanguigno importante, con conseguenze potenzialmente devastanti. Per quelli colpiti da coaguli meno significativi si può intervenire con i farmaci salvavita Tpa, che sciolgono il coagulo. Ma quando il coagulo è di grosse dimensioni, i Tpa spesso non sono utili. E finora nessun'altra cura ha dimostrato di funzionare.

Il nuovo studio ha coinvolto 500 persone colpite da ictus. Il 90 per cento di loro erano sottoposte a una terapia con farmaci Tpa. Un paziente su due è stato selezionato casualmente per essere sottoposto anche a una seconda terapia, la rimozione diretta del coagulo dal cervello. Ci sono diversi metodi, ma la maggioranza dei pazienti è stata curata con il nuovo stent.

Tra i pazienti curati solo con i Tpa, il 20 per cento è riuscito a tornare a una vita indipendente, ma nel caso di quelli sottoposti all'intervento di rimozione diretta del coagulo, la percentuale è salita a un terzo. E questo, secondo le parole di Larry Goldstein, direttore del Duke Stroke Center, è «un passo avanti importante e significativo per le prospettive di cura».

La strada che ha condotto a questo successo è stata lunga, spiega Walter Koroshetz, direttore vicario dell'Istituto americano disturbi neurologici e ictus. Il percorso è cominciato negli anni 80, quando si è iniziato a sperimentare i Tpa per via endovenosa. I Tpa riuscivano a sciogliere piccoli coaguli e a salvare il cervello di molti pazienti, ma non riuscivano a sciogliere i coaguli più grossi, quelli che producono effetti realmente devastanti.

Nel 1995, quando è stato pubblicato il primo studio importante che dimostrava l'efficacia dei Tpa, l'entusiasmo era grande fra gli esperti di ictus. Rimaneva però il problema di aiutare le persone che avevano coaguli grossi. I neurologi sono sempre più fiduciosi di aver finalmente trovato un altro strumento per curare le vittime di ictus oltre ai Tpa. «Secondo me è questa la cura vera», dice Koroshetz.

@ 2014 New York Times News Service
(Traduzione Fabio Galimberti)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

