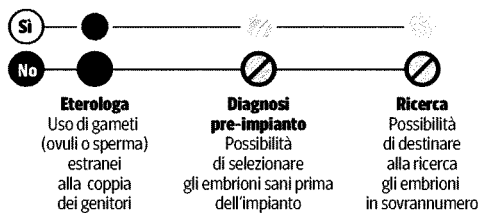


# Cosa è cambiato e potrebbe cambiare della procreazione assistita QUEGLI OTTANTAMILA FIGLI DELLA LEGGE 40 IL DECENNIO DEI NATI IN PROVETTA

## Il confronto in Europa

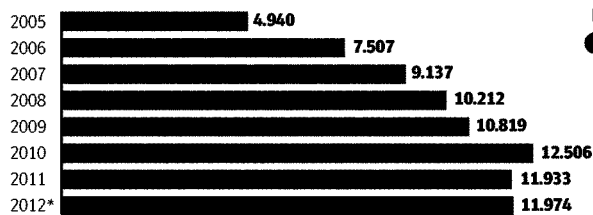


**6**  
milioni

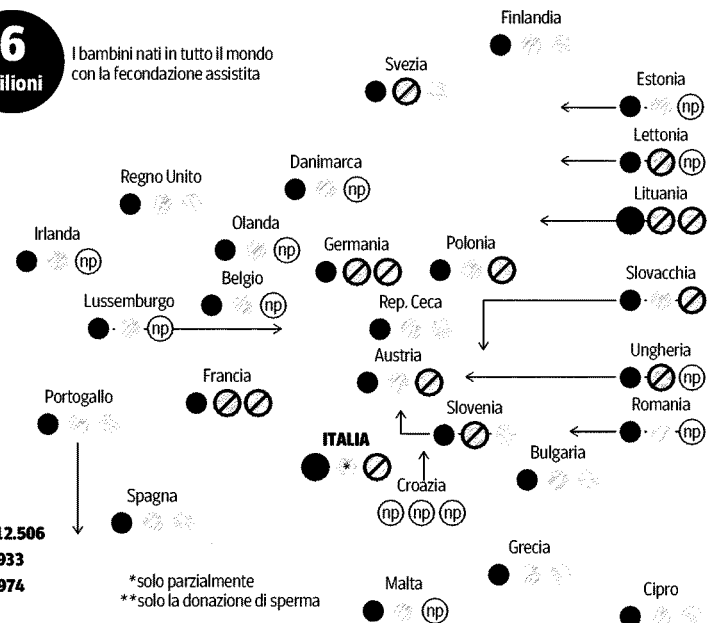
I bambini nati in tutto il mondo con la fecondazione assistita

I BAMBINI NATI IN ITALIA CON LA PROCREAZIONE ASSISTITA DALL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE 40

\*ultimo dato disponibile



CORRIERE DELLA SERA Fonti: Osservatorio sul Turismo Procreativo, EuroStemCell, Witherspoon Council on Ethics and the Integrity of Science



## Dalla fecondazione eterologa alla donazione degli embrioni crioconservati per la ricerca: i fronti ancora aperti

ROMA — Diverse centinaia di embrioni sono conservate da oltre dieci anni nei congelatori dei centri di procreazione medicalmente assistita (Pma) e non possono essere più utilizzate per tentare la nascita di un bimbo. Il destino è che restino al freddo per sempre. In Italia è infatti vietato donarli alla ricerca, come invece è previsto in molti Paesi. Una donna, rimasta vedova, non ha voluto accettare quella che ritiene la violazione di un suo diritto. E si è appellata alla Grande Camera della Corte europea per i diritti dell'uomo. I giudici di Strasburgo hanno fissato l'udienza per il 18 giugno, ore 9,15.

Se il nostro governo fosse condannato il

testo che dal febbraio 2004 regola l'attività della Pma potrebbe ricevere l'ennesima, poderosa spallata. Anche la nostra Corte Costituzionale si appresta (8 aprile) a esaminare il carattere di legittimità dello stop alla sperimentazione sugli embrioni in sovrannumero. E non è l'unico attacco alla legge approvata sotto il governo di Berlusconi, subito criticata come oscurantista, «madre» di 79 mila bambini dal 2005 al 2012: due ogni cento nati. Il secondo fronte aperto riguarda le tecniche eterologhe cioè la possibilità di tentare il concepimento in provetta attraverso la donazione di un gamete, ovocita o spermatozoo, appartenente a un donatore (in realtà si tratta di una donazione non gratuita).

La Corte Costituzionale su ricorso dei tribunali di Firenze, Milano e Catania si riunirà l'8 aprile. Mentre non è stata ancora fissata dalla Consulta la data per la discussione sul cosiddetto «accesso alle cure» delle coppie fertili. Oggi ai centri possono rivolgersi solo gli aspiranti genitori con sterilità e non coloro che, a causa di patologie, non riescono a mantenere la gravidanza.

Se anche questi ultimi tre puntelli saltassero la contestatissima «Quaranta», dal numero che porta, risulterebbe completamente stravolta. Nel tempo i suoi assi portanti sono stati sgretolati dalle sentenze di Cassazione e tribunali. Via il divieto di fecondare più di tre ovociti insieme, dunque

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



■ SELPRESS ■  
www.selpress.com

di creare più di tre embrioni. Via l'obbligo di trasferirli in un'unica soluzione nel grembo della donna per evitare la conservazione sottozero di quelli in sovrannumero. Caduto questo muro i centri hanno ripreso a congelare.

E infine la sentenza del tribunale di Cagliari che nel 2012 ha obbligato un centro pubblico a effettuare la diagnosi preimpianto sugli embrioni, tecnica che permette di individuare la presenza di patologie gravi di cui i genitori sono portatori. Di fatto però questa metodica è quasi del tutto assente dagli ospedali e viene garantita solo dai privati.

Battaglie sostenute dalle associazioni (Cerco un Bimbo, l'Altra Cicogna e Amica Cicogna), in prima fila da Filomena Gallo, segretario della «Luca Coscioni», l'uomo che si è battuto per la libertà di ricerca, oggi l'anniversario della morte: «La legge così come è stata rimodellata rispetta finalmente i diritti della coppia ed è più applicabile. Nel testo del 2004 c'era una volontà di fondo. Non si volevano far nascere bambini e famiglie». Per Andrea Borini, presidente Sifes (Società italiana di fertilità e sterilità,

gravidezze trigemine, segno di maggiore attenzione nel trasferimento di embrioni e nella stimolazione delle pazienti. Resta vivace il fenomeno della migrazione interregionale legata al divario dell'offerta. Toscana, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Emilia Romagna sono le mete più battute secondo un rapporto dell'associazione Cittadinanzattiva.

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it

### La richiesta

I centri di Toscana e Friuli Venezia Giulia sono i più richiesti. Aumenta ancora l'età delle donne che si rivolgono alla Pma

lunedì un convegno a Roma sull'anniversario) «È stata incentivata la fuga all'estero delle nostre coppie che hanno cercato altrove soluzioni qui erano negate».

Però anche i più indefessi nemici riconoscono all'impianto originario alcune norme pregevoli che infatti non sono mai state attaccate. A cominciare dalla creazione presso l'Istituto Superiore di Sanità del Registro nazionale per la procreazione medicalmente assistita, affidato alla dottoressa Giulia Scaravelli, che se ne occupa con grande competenza e passione. Sulla base dei dati analitici comunicati dai 358 centri italiani ogni anno viene inviata al Parlamento una relazione che permette nel dettaglio di avere la fotografia di un'attività definita prima del 2004 da «Far west» proprio perché mancava il controllo. Un po' per i limiti iniziali della legge un po' per questo monitoraggio stretto le cliniche della fertilità hanno dovuto puntare sulla qualità e affinare le tecniche. Chi legge le tabelle della Scaravelli e le percentuali di successo capisce chi lavora bene e chi no.

La prossima relazione, relativa al 2012, verrà mandata al ministro della Salute a fine mese. Conterrà risultati in parte sovrapponibili a quelli precedenti. I bambini nati con le varie tecniche sono stati circa 12 mila, numero che si discosta di poco da quello del 2011 e che si presume resterà costante. Aumentata ancora l'età media delle donne, circa 36,7 anni, fattore che riduce la percentuale di successo.

Continuano a calare fortunatamente le

RAPPORTO ISTAT/ Il ritratto del Paese pubblicato nel sistema informativo dell'Istituto

# «Noi Italia» racconta la salute

Spesa sanitaria, ricoveri, stili di vita, ricerca, malattie e povertà in pillole

**S**pesa sanitaria contenuta rispetto alla media Ue: 111 miliardi di euro la pubblica, pari al 7% del Pil e a 1.867 euro annui per abitante. Con un esborso per le cure, da parte delle famiglie, che rappresenta l'1,8% del Pil e che mostra un'ampia forbice tra Sud (949 euro a nucleo) e Centro-Nord (1.222 euro a famiglia). E un privato out of pocket pari al 20,6% della spesa sanitaria complessiva.

Sono solo alcune delle cifre che compongono l'identikit di salute e sanità della nostra popolazione, tratteggiato dal rapporto dell'Istat «Noi Italia 2014, 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo». Tra gli altri dati presenti nel sistema informativo che in 120 schede illustra il Belpaese, le informazioni su ricoveri, stato di salute, stili di vita e condizioni più prettamente sociali delle persone.

Nel 2011 - per citare i dati più salienti - le Regioni sono state interessate da circa 588mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti (8,4% dei ricoveri ordinari per acuti) e da oltre 523mila ricoveri di pazienti provenienti da una Regione diversa da quella di residenza (7,6%, riferito ai soli residenti in Italia). Gli indici di mobilità più alti, superiori al 20%, si riscontrano nelle Regioni più piccole (Basilicata, Valle d'Aosta e Molise).

I tumori e le malattie circolatorie, dice ancora l'Istat, si confermano le principali cause di ricovero ospedaliero, con differenze poco significative a livello regionale. Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte in quasi tutti i Paesi dell'Ue. In Italia, il tasso standardizzato di mortalità per questa causa è pari a 30,4 decessi ogni diecimila abitanti, quello relativo ai tumori è pari a 25,9, con valori maggiori negli uomini (35,5) rispetto alle donne (19,3). I tumori sono la seconda causa di morte sia in Italia sia nel gruppo dei 27 Paesi Ue.

Il tasso di mortalità infantile nel 2010 è di 3,3 decessi per mille nati vivi. Negli ultimi dieci anni il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su quasi tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa. Sicilia, Campania e Lazio sono le regioni italiane con il più alto tasso di mortalità infantile. Rispetto alla media nazionale di 3,3 decessi per mille nati vivi, registrata nel 2010, in Sicilia è di 4,8, in Campania di 4,1 e nel Lazio di 3,9.

Sul fronte degli stili di vita, nel 2012 i fumatori sono il 21,9% della popolazione over 14, i consumatori di alcol a rischio il 14,1%. Risulta invece obesa una persona di 18 anni e più su 10 (10,4%). In particolare, il consumo di alcol a rischio e l'obesità fanno emergere «situazioni contrapposte a livello territoriale». Confrontando le Regioni del Centro-Nord con quelle del Mezzogiorno, nel 2012 nelle prime è più alta la quota di consumatori di alcol (15,0% contro 12,4%) ed è più bassa quella di persone obese (9,8 contro 11,3). Le percentuali più elevate di adulti obesi si registrano in Molise (13,5), Pu-

glia (12,9), Basilicata (12,6) e Abruzzo (12,4), mentre il consumo di alcol con modalità a rischio interessa principalmente Bolzano (27,4), Valle d'Aosta (19,9), Molise (19,1) e Friuli-Venezia Giulia (18,9). Per i fumatori, la quota più alta si rileva in Campania (24,6), in Sicilia (24,5) e in Toscana. Ed è allarme fumo tra i più giovani: il 21,9 per cento della popolazione over 14, oltre uno su cinque, è fumatore.

Tra il 2002 e il 2012 si sono quasi dimezzati i morti per incidenti stradali in Italia, passando da 6.980 a 3.653. Ma è emergenza ambiente: se nel 2011 si sono ridotte del 2,3% le emissioni di gas serra Roma, nel 2013 il 36,7% delle famiglie italiane segnala problemi relativi all'inquinamento dell'aria nella zona di residenza e il 18,7% lamenta la presenza di odori sgradevoli. Sul territorio, il Nord-ovest si caratterizza per percentuali più elevate di famiglie che segnalano entrambi i problemi. Con oltre 220 kg pro capite di rifiuti urbani smaltiti in discarica, spiega il dossier, l'Italia si colloca molto al di sopra della media europea. Nonostante il trend costantemente decrescente, viene smaltito nelle discariche ancora circa la metà (42,1%) del totale dei rifiuti urbani raccolti. Il 37,7% dei rifiuti urbani viene avviato a raccolta differenziata (+2,5 punti percentuali rispetto al 2010). Il Nord-est detiene il primato con il 55,3%. La spesa pro capite delle amministrazioni regionali per la tutela ambientale, nel 2011, è di 69 euro, in diminuzione rispetto al 2010. A livello territoriale, la spesa è largamente superiore alla media nazionale nel Mezzogiorno (circa 111 euro), mentre risulta molto inferiore nel Nord-ovest (33,8 euro per abitante).

Nel contesto europeo l'Italia si colloca tra i paesi a bassa fecondità, con 1,42 figli per donna secondo i dati del 2012. L'età media al parto continua a crescere, attestandosi a 31,4 anni.

Al primo gennaio 2012 in Italia ci sono 148,6 anziani ogni 100 giovani. In Europa solo la Germania presenta un indice di vecchiaia più accentuato (155,8). La Liguria si conferma la Regione più anziana (236,2 per cento), mentre la Campania, con un indice per la prima volta superiore a 100, la Regione più giovane.

La ricerca in termini di spesa e sviluppo incide in Italia per appena l'1,25% sul Pil (2011): valore distante da quello dei Paesi europei più avanzati, ma non lontano dall'obiettivo Europa 2020 fissato per l'Italia (1,53%). L'Italia ha presentato all'Épo (European patent office) oltre 3.600 richieste di brevetto. L'indice di intensità brevettuale, in costante crescita dal 2001, mostra una riduzione nel 2009, attestandosi a 72,4 brevetti per milione di abitanti, un valore ampiamente al di sotto della media europea. Gli addetti alla ricerca e sviluppo (in unità equivalenti a tempo pieno) sono 3,8 ogni mille abitanti (2011), al di sotto della media europea (5,1) e con forti disparità territoriali. Nel 2011 il numero di laureati in discipline tecnico-scientifiche è pari a 12,9 ogni mille residenti tra i 20 e i

■ SELPRESS ■  
 www.selpress.com

29 anni. Rispetto al 2000, il valore dell'indicatore è più che raddoppiato, sia per gli uomini sia per le donne.

Scatta l'Sos povertà: nel Mezzogiorno oltre un quarto delle famiglie sono povere. In povertà relativa sono il 12,7%, pari a oltre 9,5 milioni di individui (15,8% della popolazione). La povertà assoluta coinvolge il 6,8% delle famiglie, per un totale di oltre 4,8 milioni di individui. Il Mezzogiorno presenta una situazione particolarmente svantaggiata, con in media oltre un quarto di famiglie povere; per il Centro e il Nord, l'incidenza è, viceversa, molto più contenuta (rispettivamente 7,1 e 6,2%).

Infine, ma non certo in ordine d'importanza, la spesa per la protezione sociale, che nel 2012 supera il 30% del Pil e sfiora gli 8mila euro l'anno per abitante. All'interno dei Paesi Ue27, l'Italia presenta valori appena superiori alla media dell'Unione, sia in termini pro capite, sia di quota sul Pil.

**Barbara Gobbi**

### Gli stili di vita

Ripartizioni geografiche	Fumatori >14 anni		Consumatori di alcol >14 anni		Persone obese >18 anni	
	2012	Diff. con 2000	2012	Diff. con 2003	2012	Diff. con 2000
<b>Nord-Ovest</b>	22,0	-1,5	15,1	-3,5	9,6	1,8
<b>Nord-Est</b>	20,3	-2,7	17,2	-3,8	10,4	1,3
<b>Centro</b>	22,5	-3,1	12,6	-5,1	9,5	1,6
<b>Centro-Nord</b>	21,7	-2,3	15,0	-4,0	9,8	1,6
<b>Mezzogiorno</b>	22,3	-2,0	12,4	-1,2	11,3	0,9
<b>Italia</b>	<b>21,9</b>	<b>-2,2</b>	<b>14,1</b>	<b>-3,0</b>	<b>10,4</b>	<b>1,5</b>

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

### Spesa sanitaria delle famiglie - Anni 2000-2011, valori correnti in % del Pil

Regioni e ripartizioni geografiche	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011 (*)
<b>Piemonte</b>	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,8
<b>Valle d'Aosta</b>	1,6	1,6	1,5	1,4	1,6	1,9	2,0
<b>Liguria</b>	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9	2,0
<b>Lombardia</b>	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4
<b>Trentino Alto Adige</b>	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4
<b>Bolzano</b>	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4
<b>Trento</b>	1,6	1,5	1,5	1,5	1,3	1,4	1,4
<b>Veneto</b>	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	2,0	2,0	2,1	2,0	2,2	2,5	2,7
<b>Emilia-Romagna</b>	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	1,9	2,0
<b>Toscana</b>	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8
<b>Umbria</b>	1,6	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	1,7
<b>Marche</b>	1,9	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6	1,7
<b>Lazio</b>	1,9	1,7	1,7	1,6	1,6	1,9	1,9
<b>Abruzzo</b>	1,8	1,7	1,7	1,6	1,9	1,8	1,8
<b>Molise</b>	2,1	1,9	2,0	1,9	2,2	2,2	2,3
<b>Campania</b>	2,3	2,0	2,1	2,0	2,0	1,9	2,0
<b>Puglia</b>	2,2	2,1	2,1	2,0	2,1	2,2	2,3
<b>Basilicata</b>	1,7	1,6	1,6	1,5	1,7	1,8	1,9
<b>Calabria</b>	2,5	2,4	2,3	2,2	2,4	2,4	2,5
<b>Sicilia</b>	2,0	1,8	1,8	1,8	2,0	2,0	2,1
<b>Sardegna</b>	1,9	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8
<b>Nord-Ovest</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>
<b>Nord-Est</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>1,9</b>
<b>Centro</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,9</b>
<b>Centro-Nord</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>
<b>Italia</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>

(\*) Dati provvisori

Fonte: Istat, Conti economici regionali

Atlante Oms sulle terapie di fine vita: sono 20 milioni i malati che necessitano di assistenza

# Cure palliative solo in 20 Paesi

Il 98% dei bambini che ne avrebbero bisogno è in Regioni a basso e medio reddito

DI ROSANNA MAGNANO

**S**ono oltre 20 milioni nel mondo le persone che hanno la necessità di accedere a cure palliative ma solo in 20 Paesi su 234 (8%) il livello di questo tipo di assistenza può essere considerato elevato e le cure di fine vita sono realmente integrate con i sistemi sanitari nazionali. Si tratta per la maggior parte (69%) di persone anziane (over 60) e solo il 6% sono bambini, concentrati soprattutto nei Paesi poveri. La percentuale più alta (78%) di adulti bisognosi di cure palliative vive in Paesi a basso e medio reddito, ma i tassi più elevati si registrano nelle Regioni a più alto reddito. Il 90% muore per malattie non trasmissibili: soprattutto malattie cardiovascolari, cancro e malattie polmonari croniche ostruttive, oltre a diabete e altre malattie non trasmissibili. È questa la fotografia scattata dall'Atlante globale delle cure palliative di fine vita, curato dall'Oms con il network internazionale Worldwide Palliative Care Alliance (Wpca).

I tre quarti degli adulti che necessitano di cure palliative si concentrano nella Regione del Pacifico orientale, nella regione europea e nell'Asia sudorientale. Ma i tassi più elevati si raggiungono nell'Unione europea, seguita dalle Regioni occidentali del Pacifico e dalle Americhe.

In tutte le Regioni la più alta percentuale di pazienti che necessita di cure di fine vita è colpita da malattie progressive non maligne, a seguire i malati di cancro con l'eccezione della Regione africana dove l'Hiv/Aids e le malattie non maligne condividono lo stesso «peso» (circa il 42%).

Per quanto riguarda le cure palliative pediatriche la stragrande maggioranza (98%) dei bambini che ne hanno bisogno vivono in Paesi a basso e medio reddito e all'interno di questo gruppo, l'83% vive nelle Regioni a basso reddito, dove si trovano i tassi più elevati. I bambini che muoiono di ano-

malie congenite rappresentano oltre il 25% del carico di cure di fine vita, seguono le condizioni neonatali (quasi il 15%) e la malnutrizione (14%). Un bambino inguaribile su due vive nella Regione africana, seguono il Sud-Est asiatico e le aree del Mediterraneo orientale. Nella maggior parte dei casi si tratta di bambini colpiti da malattie non maligne progressive, mentre cancro e Aids rappresentano una piccola percentuale. Nel rapporto si stima che oltre un bambino su tre nel fine vita avrebbe bisogno di cure palliative (37,4%).

Si tratta di un numero medio che varia considerevolmente da Regione a Regione e categoria di reddito.

Nei Paesi a reddito più elevato, la percentuale può superare il 60% della mortalità totale, mentre nei Paesi a basso e medio reddito le cifre sono molto più basse a causa della maggiore mortalità per malattie infettive e lesioni.

A livello globale sono stati comunque registrati dei progressi. Nel 2011, 136 Paesi su 234 (58%) registrano la presenza di uno o più hospice, con un incremento di 21 Paesi (+9%) rispetto alla rilevazione precedente, nel 2006. L'Africa è l'area in cui si sono registrati i maggiori progressi. Anche se il taglio dei finanziamenti del Fondo di beneficenza in memoria della principessa Diana avrà un impatto negativo.

Le cifre esatte sui fondi destinati agli hospice e ai servizi di cure palliative non sono noti. Il report cita però alcuni esempi di allocazione delle risorse, soprattutto nei Paesi occidentali, che forniscono un quadro parziale della necessità di risorse. Vari studi indicano che il costo delle cure negli ultimi anni di vita copre tra il 25 e il 30% di tutte le spese mediche. Negli Stati Uniti il Programma Medicare per gli over 65 ha speso un totale di 484 miliardi di dollari nel 2009, di cui 12 miliardi di dollari per gli hospice. Negli Usa, oltre agli hospice, ci sono 1.568 ospedali che hanno servi-

zi di cure palliative.

In Canada le cure palliative sono invece finanziate per il 50% da donazioni. E in media, negli hospice inglesi solo il 34% dei costi è coperto dal governo o dal Servizio sanitario nazionale, anche se l'importo effettivo del finanziamento statale per hospice di beneficenza locali in tutto il Regno Unito varia notevolmente. Gli hospice pediatrici ricevono ancor meno finanziamenti pubblici.

Nella ricetta dell'Oms per migliorare il quadro: rivedere le linee guida sulle cure palliative con una nuova strategia per integrare questo tipo di assistenza nei sistemi sanitari; monitorare i progressi a livello nazionale e globale; lavorare con i Paesi per rivedere le strategie messe in campo contro le malattie non trasmissibili e fornire il supporto tecnico per garantire la completa integrazione delle cure palliative in queste strategie, compreso l'accesso agli analgesici oppiacei; rafforzare il ruolo del Global Fund; moltiplicare gli sforzi dell'International narcotics control board per garantire nei vari Paesi un accesso adeguato alle sostanze controllate per uso medico, come garantito dalle *drug conventions* delle Nazioni Unite; l'Unicef dovrebbe inoltre assumere un ruolo di leadership nel promuovere ed estendere le cure palliative pediatriche.

Le priorità da parte dei Governi: finanziare in modo strutturale le cure palliative; adottare misure volte a superare le barriere esistenti all'accesso alle medicine palliative, in particolare agli analgesici oppioidi per via orale e garantire l'accesso all'assistenza anche ai gruppi emarginati o vulnerabili; integrare le cure palliative nella formazione obbligatoria e nei programmi di studio post-laurea per medici, infermieri e assistenti sociali.

Tra i casi di studio presentati nel report, ci sono due esempi di programmi (a Kerala, in India, e ad Arusha, in Tanzania) che utilizzano in modo ef-

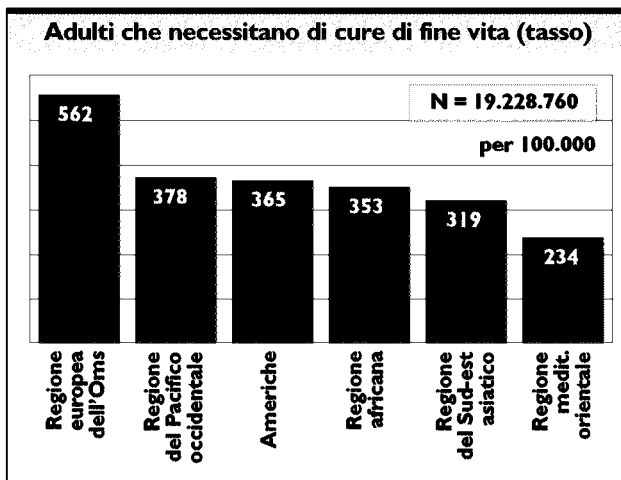
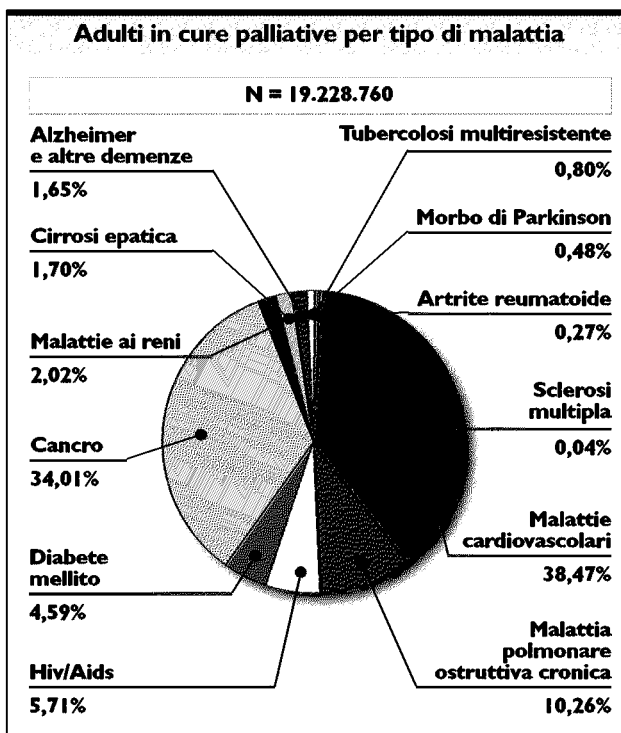
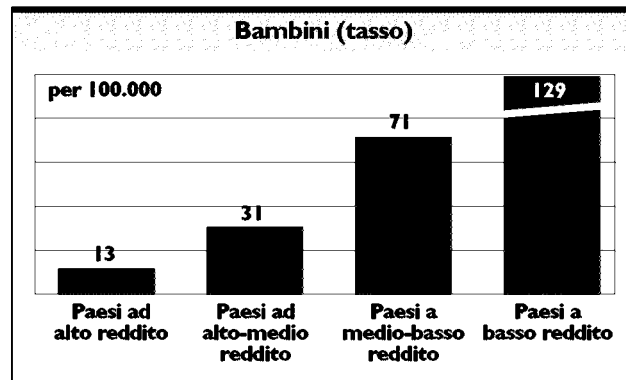
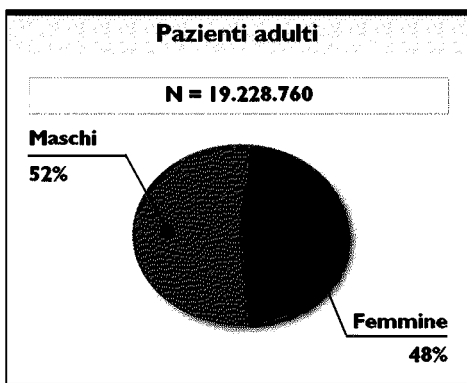
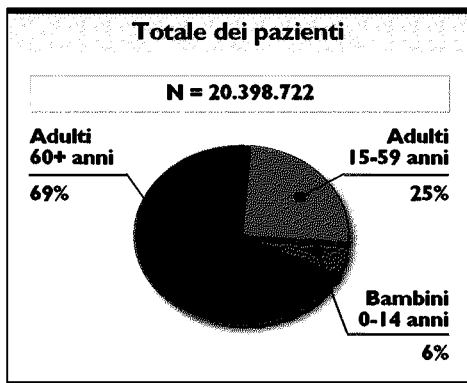
■ SELPRESS ■  
www.selpress.com

ficace le comunità di operatori sanitari volontari. Nel caso indiano, la rete di cure palliative (Nnpc) è nata intorno al 2000 e dopo 10 anni può contare su un organico di 15mila volontari formati, 50 palliativisti e 100 infermieri specializzati.

In Tanzania, il progetto portato avanti dalla Chiesa evangelica luterana è nato per dare assistenza alle persone colpite da Hiv, fornendo cure palliative a 14mila persone e sostegno a oltre 13.500 bambini vulnerabili.

In Florida (Usa) è attivo un programma che ha raggiunto il più alto livello di penetrazione nella popolazione di pazienti che necessitano di cure palliative.

In Vietnam le cure palliative sono state introdotte nel Sistema sanitario nazionale e in Argentina un programma ha introdotto le cure palliative nelle strutture per acuti (Argentina). Infine un programma di hospice di qualità nel Regno Unito.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**TUMORI&COSTI**

## L'oncologia e il «peso» della sostenibilità



DI SILVIA FRANCISI \* E ANNA GIGLI \*\*

**L**a domanda di salute nei Paesi a economia avanzata sta cambiando fisionomia di pari passo con l'allungamento della vita media e l'aumento della quota di individui di età superiore ai 65 anni. L'invecchiamento, tuttavia, non ha solo una dimensione quantitativa, è un fenomeno multidimensionale e dinamico con aspetti legati alla qualità della vita che stanno assumendo un ruolo dominante. Nel quadro demografico attuale e in prospettiva, le malattie cronico-degenerative e le neoplasie in modo particolare, sono quelle che richiedono maggiore attenzione da parte del sistema sanitario.

Queste alcune delle tematiche che sono state affrontate nel corso del seminario dal titolo "L'impatto dei tumori sui sistemi sanitari: approcci ed esperienze a confronto" che si è tenuto a Roma, il 4 febbraio scorso, per iniziativa congiunta dell'Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali del Cnr e dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Iss. Al centro dell'evento la presentazione della monografia dal titolo "Comparing Cancer Care and Economic Outcomes Across Health Systems: Challenges and Opportunities", pubblicata ad agosto 2013 dal Journal of the National Cancer Institute (Jnci), che è servita da stimolo per un vivace e partecipato confronto tra ricercatori e addetti ai lavori provenienti da diverse istituzioni di ricerca e di sanità pubblica.

Al centro del dibattito la gestione dei pazienti oncologici e la necessità da parte del sistema sanitario del nostro Paese di calibrare le proprie politiche di intervento in funzione di bisogni che stanno cambiando sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Anche il quadro epidemiologico dei tumori è in continua evoluzione per effetto del mutamento dei fattori di rischio e della disponibilità di strumenti diagnostici e

trattamenti sempre più efficaci: emergono i tumori di prostata, colon e retto, melanoma, mammella e polmone nelle donne, mentre si riduce l'impatto dei tumori di stomaco, cervice uterina e polmone negli uomini. Il carico sul sistema sanitario per la diagnosi e la cura dei pazienti oncologici non solo varia per tipo di neoplasia e per livello di gravità alla diagnosi, ma anche in funzione della fase della malattia. È quanto emerge da alcuni degli studi presentati nel corso del seminario che mostrano un'intensità maggiore di utilizzo del sistema sanitario da parte di pazienti che si sottopongono agli esami necessari ad accertare la diagnosi e al primo corso delle terapie, ovvero in una fase iniziale della malattia, o durante il fine vita, quando ai pazienti a peggiore prognosi vengono somministrate cure palliative e terapie del dolore. Il ricorso ai trattamenti aumenta al progredire della gravità della malattia ed è più intenso nei pazienti giovani, queste evidenze suggeriscono che l'introduzione di screening programmati indirizzati a segmenti appropriati di popolazione, oltre a migliorare l'esito delle terapie sui pazienti modificherebbe la struttura dei bisogni sanitari e con essa l'impatto complessivo sulla spesa.

A complicare ulteriormente il quadro il continuo aggiornamento dei farmaci oncologici immessi sul mercato, in particolare quelli di nuova generazione sempre più mirati, i cui prezzi seguono una dinamica completamente fuori controllo in Italia come negli altri Paesi europei. Si tratta di terapie innovative la cui efficacia clinica è troppo spesso basata su prove limitate. Occorre quindi che la loro immissione sul mercato sia accompagnata da una ricerca indipendente finalizzata a valutarne i benefici sull'intera popolazione e l'impatto sul sistema sanitario del nostro Paese.

Un altro aspetto affrontato nel corso del dibattito è stato quello della variabilità geografica. I dati dell'indagine Multi-

scopo del 2005 suggeriscono una variabilità regionale notevole nei consumi di risorse sanitarie, in particolare di quelle dedicate all'oncologia, apparentemente non spiegabile da una corrispondente distribuzione geografica del carico oncologico. La domanda sorge spontanea su quanto il nostro sistema sanitario sia in grado di garantire l'equità nell'accesso tempestivo a trattamenti appropriati da parte dei cittadini sul territorio e un'adeguata risposta ai loro bisogni di salute.

Un altro tema cardine della monografia e dell'intero dibattito è stato quello dei confronti tra aree all'interno dei singoli Paesi e a livello internazionale tra sistemi sanitari diversamente organizzati e finanziati. I confronti, per quanto complessi da condurre e da interpretare, hanno permesso di mettere in evidenza punti di forza, criticità e soluzioni che opportunamente adattate possano essere applicate a contesti diversi. Un esempio per tutti quello dell'analisi comparativa dei percorsi di diagnosi e terapia dei pazienti con tumore del colon-retto nelle aree dei registri americani Seer (Surveillance, Epidemiology, and End Results) e in quelle dei registri italiani di Veneto e Toscana che evidenzia una sostanziale uniformità di approccio terapeutico nei due contesti di riferimento, nonostante le differenze di struttura e organizzazione sanitaria. Confronti del genere sono basati su micro-dati, raccolti a livello individuale, con notevole grado di dettaglio clinico, si tratta di informazioni che vengono raccolte nel nostro Paese dai registri di sorveglianza dei tumori secondo standard di qualità riconosciuti a livello internazionale, come dimostrano le numerose pubblicazioni scientifiche che ne sono derivate.

In Italia, le difficoltà poste ai registri tumori dalla normativa sulla privacy sono state solo in parte affrontate con la recente direttiva (legge 221/2012) che ne autorizza l'attività, ma che ancora necessita dei regolamenti specifici sul flusso dei dati. Sarebbe paradossale che

proprio i pazienti, destinatari ultimi della ricerca in sanità pubblica, dovessero correre il rischio di non poterne beneficiare, per via di una normativa eventualmente non appropriata o lacunosa.

Non è facile trovare una ricetta adatta a garantire più salute per tutti, si può tuttavia cominciare a mettere in evidenza quali siano i dati indispensabili a informare un processo decisionale di politica sanitaria, quali siano gli strumenti per la loro raccolta e analisi e quali infine le criticità da affrontare e le esperienze da cui trarre utili insegnamenti.

\* *Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute - Istituto superiore di sanità (Cnesps-Iss)*  
\*\* *Istituto di Ricerche sulla popolazione e le politiche sociali - Consiglio nazionale delle ricerche (Irpss-Cnr)*



stampa | chiudi

IL CASO

# Come difendersi dal «mercato» dei test genetici

## Pericolosi senza la mediazione di un esperto

*Una donna ha avuto tre risultati diversi da tre «fornitori»  
Le analisi proposte non scandagliano l'intero genoma*

### NOTIZIE CORRELATE

Kira Peikoff è una ventottenne americana. Nella sua famiglia ci sono stati diversi casi di brutte malattie, dall'Alzheimer al tumore al seno, dall'artrite reumatoide all'infarto. Così ha deciso di guardare nel suo futuro attraverso il Dna, sottoponendosi ai test genetici disponibili oggi sul mercato per poche decine di dollari. Kira, indecisa se fidarsi o no delle nuove tecnologie, ha scelto tre diverse compagnie per farlo, pensando che così avrebbe avuto maggior sicurezza del risultato. Si sbagliava di grosso: come ha raccontato di recente al *New York Times*, che alla vicenda ha dedicato ampio spazio, i dati le hanno confuso ancora di più le idee, perché i tre test hanno avuto esiti molto discordanti, in alcuni casi perfino opposti. «Secondo uno dei tre, rischio di ammalarmi soprattutto di psoriasi e artrite reumatoide; stando agli altri due test, invece, ho la minor probabilità di sviluppare proprio queste patologie», ha rivelato Kira sulle pagine del quotidiano statunitense. Come può accadere? È la prova che i test genetici sono poco più che una bufala?

**I DIVERSI TEST** - Lo abbiamo chiesto ad Antonio Amoroso, presidente della Società Italiana di Genetica Umana. «Intanto, è bene distinguere - spiega Amoroso - fra i test rivolti ai consumatori, che in genere analizzano molti geni, e i test prescritti per la diagnosi di patologie genetiche provocate dalla mutazione di un singolo gene. Queste malattie sono molte, anche se rare, ma sappiamo perfettamente quale pezzetto di Dna indagare per capire se c'è l'alterazione indicativa di patologia. Questi test non danno problemi di interpretazione, i metodi di analisi del Dna sono standardizzati, il risultato è inequivocabile».

«Diverso è il caso delle malattie cosiddette multifattoriali - prosegue l'esperto - nelle quali i geni hanno un ruolo, ma solo in parte (secondo le stime l'impatto genetico incide dal 5 al 20 per cento del rischio, ndr), mentre contano parecchio l'ambiente, la dieta, lo stile di vita.

**VARIANTI PERICOLOSE** - Per le patologie cardiovascolari, immunitarie, neurodegenerative, reumatiche esistono numerosi geni che possono aumentare o meno la suscettibilità ad ammalarsi, ma trovare queste varianti "pericolose" non equivale a una "condanna" certa alla malattia, bensì significa

avere un rischio un po' maggiore rispetto alla popolazione che non ha quella stessa mutazione».

Bene, ma com'è possibile che la probabilità di sviluppare la psoriasi risulti 20 volte superiore al normale facendo un test e appena doppia con altri due, com'è successo alla ragazza americana? «I “punti variabili” del Dna, dove cioè si possono trovare varianti fra un individuo e l'altro, sono milioni in tutto il genoma, decine in un singolo gene - spiega il professor Amoroso -. I test genetici rivolti ai consumatori per indicare il rischio di qualche decina di malattie non scandagliano tutto il genoma, ma alcuni di questi punti variabili: basta che le aziende ne scelgano di diversi, anche se correlati a una stessa patologia, per ottenere risultati radicalmente dissimili, senza peraltro che si possa parlare di un “errore” vero e proprio».

«Sottoporsi a queste analisi - aggiunge Amoroso - è come tentare di capire un libro leggendo solo la prima lettera di ogni pagina,. Non guardare a tutte le varianti restituisce inevitabilmente una visione parziale. Inoltre, bisogna anche considerare che le varianti generiche possibili cambiano e hanno significati diversi a seconda della popolazione di appartenenza. Questa ulteriore variabilità, se non viene tenuta in debito conto, può contribuire a spiegare le differenze nell'interpretazione dei risultati».

**LA MEDIAZIONE** - Il succo della faccenda, tuttavia, non cambia: come fidarsi di un “vaticinio genetico” se basta fare un altro test per ritrovarsi in mano un risultato perfino opposto? «Infatti, per il momento, i test per il rischio di malattia non hanno un vero senso clinico - risponde il genetista -. Le raccomandazioni che se ne possono trarre sono quelle di buon senso che un medico ci darebbe anche senza test genetico. Così, se scopro di avere un rischio di infarto triplo rispetto al normale, l'approccio clinico non cambia: serve piuttosto lo stesso stile di vita sano consigliabile a tutti». «Ognuno di noi peraltro è un mosaico di variabili genetiche e non ci sono profili del tutto sfortunati o fortunati - sottolinea Amoroso -. Se sale il rischio di infarto, magari è più basso del normale quello di malattie neurodegenerative. Detto ciò, le persone sono libere di spendere i loro soldi per sottoporsi a questi test genetici, ma devono essere consapevoli che i risultati non cambieranno loro la vita» «Inoltre - aggiunge il genetista - è indispensabile non essere lasciati soli nell'interpretazione dei dati ottenuti, Perciò, bisognerebbe sempre rivolgersi a un medico oppure a un genetista che sappia spiegare il difficile concetto di “aumentata probabilità”, concetto ben diverso da una diagnosi certa».

«Il guaio di molti dei test genetici proposti direttamente ai consumatori - conclude Amoroso - è che saltano questo passaggio, con il pericolo che i dati ottenuti generino false aspettative o falsi timori».

stampa | chiudi

## **STRESS IN FAMIGLIA PEGGIORA SISTEMA IMMUNITARIO BAMBINI**

(AGI) - Washington, 19 feb. - Un elevato stress familiare puo' produrre effetti sul sistema immunitario dei figli. A rivelarlo uno studio condotto dalla Jonkoping University, Svezia, e pubblicato sulla rivista Journal of Immunology. Gli scienziati hanno scoperto che i bambini di famiglie con elevati livelli di stress avevano alti livelli di cortisolo, un marcatore biologico dello stress. Inoltre, sottolineano gli scienziati, lo stress influiva negativamente sul sistema immunitario rendendo l'organismo meno resistente agli attacchi dei patogeni. Lo studio ha incluso famiglie con bambini di cinque anni che facevano parte allo All Children in Southeast Sweden Study. Il nostro corpo riesce a difendersi dallo stress di ogni giorno, quando questo e' di breve durata, mentre risulta piu' complicato non subire effetti negativi quando la situazione di stress si prolunga nel tempo e sono possibili anche reazioni di tipo autoimmune. Un elevato stress familiare puo' produrre effetti sul sistema immunitario dei figli. A rivelarlo, uno studio condotto dalla Jonkoping University, Svezia, e pubblicato sulla rivista Journal of Immunology. Gli scienziati hanno scoperto che i bambini di famiglie con elevati livelli di stress avevano alti livelli di cortisolo, un marcatore biologico dello stress. Inoltre, sottolineano gli scienziati, lo stress influiva negativamente sul sistema immunitario rendendo l'organismo meno resistente agli attacchi dei patogeni. Lo studio ha incluso famiglie con bambini di cinque anni che facevano parte allo All Children in Southeast Sweden Study. Il nostro corpo riesce a difendersi dallo stress di ogni giorno, quando questo e' di breve durata, mentre risulta piu' complicato non subire effetti negativi quando la situazione di stress si prolunga nel tempo e sono possibili anche reazioni di tipo autoimmune.

**Storie di memoria** A Sassari 23 indagati per maltrattamenti e truffa ai danni di persone con demenza. Il dottor Dore ancora in attività

## Il neurologo alla malata di Alzheimer: «Ti lascio morire»

«Non venite più. Quelli che non vogliono guarire, io li lascio morire».

Luciano, meccanico in pensione di Ploaghe, ricorda le parole del neurologo Giuseppe Dore nel suo studio privato a Sassari, un ritratto di Einstein dietro la scrivania, il giorno dell'ultima visita alla moglie Santina. «Tornando a casa ho pianto. Nove mesi prima mi aveva detto: "In un anno te la guarisco"». Dalla demenza non si guarisce. «Io invece gli ho creduto, mi sentivo rinato. Gliela portavo una volta alla settimana. A lei non piaceva. Le faceva muovere le dita, le dava esercizi a casa: scrivere le parole del vocabolario. Mia nuora dettava. Santina, seduta in cucina, provava a scrivere. Mi ero illuso, quando sei disperato ti aggrappi a tutto». Violenze? «Una volta andai a prenderla in anticipo e lo sentii invece dietro la porta dello studio».

Con altre 22 persone Dore è indagato a Sassari. Associazione a delinquere, truffa, maltrattamenti. Lui sostiene che la sua «neuropsicoanalisi», priva di fondamenti scientifici, è una scoperta mondiale che guarisce l'Alzheimer. Gli annunci su Internet avevano attirato famiglie da tutta Italia. Arrestato nell'agosto 2012 e poi rilasciato dopo 28 giorni, ringraziando l'Ordine dei medici Dore è ancora in attività. Il magistrato ha chiesto una perizia sulla validità della «terapia» (un mix assurdo di matematica, neurologia, cabala), la cui conclusione slitta di mese in mese. Una nuova decisione del tribunale è attesa per il 4 marzo. In aula Dore ha tuonato: «La psico-neuroanalisi l'ho inventata io e non può essere oggetto di perizia». Le telecamere nascoste dai carabinieri nelle case di alcuni pazienti hanno mostrato anziani malmenati o legati ai pali. Il neurologo con gli stivali neri ha rifiutato di farsi intervistare dal *Corriere*. Sostiene che le violenze non fanno parte della sua cura. Per la Procura i malati venivano picchiati da parenti e badanti, su indicazione di Dore.

È stata una neurologa dell'ospedale di Sassari, Marinella D'Onofrio, a consigliare al meccanico Luciano di rivolgersi a Dore, era lei a dirottare pazienti dalla Unità di valutazione Alzheimer (Uva) allo studio del collega-amico: «Quando le raccontai cosa mi aveva detto all'ultima visita, la dottoressa allargò le braccia: "E cos'altro doveva dire?"». Anche D'Onofrio è indagata. L'ospedale non l'ha sospesa anche se non lavora più all'Uva, ma all'ambulatorio cefalee. «Noi non ne sapevamo niente», dice Maria Teresa Piras, responsabile Uva. La vicenda del medico di Ittiri è solo un caso di santoni e malasanità? «Le carenze istituzionali sono estremamente gravi — dice Piras — Sono passati quasi due anni e manca

ancora la volontà di dare risposte sul territorio, di potenziare i servizi. La gente è disperata, e si rivolge ai santoni».

La Sardegna, come altre regioni, non ha un piano per le demenze. L'Italia non ha un piano nazionale e «ciò comporta danni enormi — dice il neurologo Nicola Vanacore, dell'Istituto Superiore di Sanità —. Questo ritardo è delittuoso». Nelle 400 Uva operano duemila professionisti, spesso in condizioni di precariato: «Anziché supportarli, li stiamo spegnendo». E questo mentre l'Italia ha un milione di persone con demenza: 70 mila «nuovi» malati all'anno (1 caso di tumore sono 265 mila, di Sla 1.800). Settantamila: come gli abitanti di Pavia o di Trapani. «La Francia, che ha un piano nazionale, ha 400 cliniche della memoria collegate in rete. Ogni giorno a Parigi 5 persone studiano i dati che arrivano dal territorio. E noi a livello centrale non riusciamo a creare neppure una squadra di due persone che si occupino a tempo pieno di demenza?».

La vita va avanti. Santina, 67 anni, non ricorda, parla a fatica. Ritrova tre parole guardando la foto della nipotina in salotto: «Com'è bella». La figlia è morta di cancro 2 anni fa. Giuseppe e Santina hanno portato il lutto abbandonando la sola attività che la malattia ha risparmiato: il ballo. Hanno ripreso da poco, dice Luciano: al sabato sera, per qualche minuto, una mazurka «compie il miracolo di farci sentire ancora vivi».

**Michele Farina**

mfarina@corriere.it  
(7-fine)



## Dall'aglio la risposta al trattamento dei batteri più resistenti

*Un composto presente nel vegetale utilizzato in cucina può neutralizzare i batteri resistenti bloccando il sistema di comunicazione da essi utilizzato, in particolare se utilizzato in combinazione con antibiotici che non hanno alcun effetto sui batteri. Lo studio*



Una speranza nel trattamento delle infezioni batteriche, che a causa dell'abuso di antibiotici possono divenire difficili – se non impossibili – da curare, arriva da un semplice bulbo noto per il suo utilizzo in cucina: l'aglio. La pianta di aglio che produce questi bulbi impiegati anche per il controllo della pressione sanguigna, avrebbe dunque anche **proprietà antibiotiche piuttosto marcate**; tanto che uno studio svedese dell'Università di Copenaghen ha trovato in un composto chiamato "ajoene" un potenziale avversario dei batteri – anche quelli più agguerriti.

Tim Holm Jakobsen e colleghi dell'UC hanno sottolineato come le infezioni antibiotico-resistenti, che causano migliaia di morti ogni anno, **stiano diventando una piaga mondiale dalle proporzioni allarmanti**. Per questo motivo deve essere trovata al più presto una soluzione che possa mettere la parola "fine" alle infezioni batteriche causate da questo tipo di agenti patogeni. E la risposta potrebbe proprio trovarsi nell'ajoene, la sostanza attiva presente nell'aglio che avrebbe la capacità di **neutralizzare i batteri multiresistenti** bloccando il loro sistema di comunicazione.

I batteri resistenti – ma anche gli altri – quando entrano nell'organismo umano secernono **una tossina chiamata "ramnolipide" che distrugge i leucociti** (o globuli bianchi) che sono le cellule attive del sistema immunitario atte a proteggere l'organismo dalle invasioni di agenti patogeni. In questo modo i batteri riescono a proliferare e diffondere l'infezione che, se non curata, può divenire mortale.

I batteri per sopravvivere si agglutinano, ossia si incollano per così dire l'un l'altro, **formando un biofilm di materiale organico che li circonda e protegge dall'attacco degli antibiotici**, diventando così resistenti. Una soluzione diviene dunque quella di riuscire a rompere la barriera del biofilm per poter attaccare i batteri e bloccare il sistema di comunicazione – detto *Quorum Sensing*. Per studiare gli effetti su questa barriera, i ricercatori hanno dedicato gran parte della loro attenzione al batterio *Pseudomonas aeruginosa*, che causa per esempio infezioni in pazienti con ulcere croniche e nei polmoni di pazienti affetti da fibrosi cistica.

«L'ajoene rinforza e **migliora il trattamento** con antibiotici convenzionali – spiega il dott. Jakobsen – Abbiamo chiaramente dimostrato questo sul biofilm coltivato in laboratorio e negli studi che coinvolgono i topi. Quando aggiungiamo antibiotici contro il biofilm questi hanno poco effetto, e l'ajoene da solo non fa quasi differenza. E' solo quando i due sono combinati che qualcosa di significativo accade».

I risultati dello studio, pubblicati sulla rivista *Future Microbiology*, mostrano che il trattamento combinato con ajoene e antibiotici uccide più del 90 per cento del biofilm normalmente virulento.

«L'aglio contiene così poco ajoene che si avrebbe bisogno di mangiare circa 50 spicchi al giorno per ottenere l'effetto desiderato», sottolinea Jakobsen, per cui vi è la necessità di utilizzare un estratto che si possa somministrare in combinazione con il principio farmacologico che **agisce in sinergia** per neutralizzare i batteri resistenti.

<http://www.lastampa.it/2014/02/20/scienza/benessere/medicina/dallaglio-la-risposta-al-trattamento-dei-batteri-pi-resistenti-hXr7w8c0Fa9OhVg9ry6R3H/pagina.htm>

## **MEDICINA: PRIMI IMPIANTI IN ITALIA DI 'SPIA' SOTTOCUTANEA SALVACUORE**

Roma, 19 feb. (Adnkronos Salute) - E' arrivato anche in Italia il più piccolo monitor cardiaco iniettabile sottocute. Un sistema 'hi-tech' che per 3 anni permetterà ai medici di monitorare i dati Ecg del paziente e diagnosticare correttamente l'aritmia. Inoltre, grazie al dispositivo sarà possibile adottare la soluzione terapeutica più adatta. La spia salvacuore 'Reveal Linq' di Medtronic è più piccola di una pila alcalina ministilo, ma è in grado di monitorare il cuore del paziente. Una rivoluzione per il controllo cardiaco - spiegano gli esperti intervenuti a un incontro oggi a Milano - che migliora anche la diagnosi per alcune delle patologie più pericolose e difficili da riconoscere quali la sincope e la fibrillazione atriale. I primi impianti in Italia di questo innovativo sistema, che ha da poco ottenuto l'autorizzazione Ue alla commercializzazione in Europa, sono stati eseguiti con successo all'ospedale Molinette della Città della Salute di Torino, su due pazienti con sincope e sospetta fibrillazione atriale silente.

"Con una speciale siringa abbiamo iniettato in pochi minuti il dispositivo appena sotto la pelle del paziente, nella parte pettorale sinistra, attraverso una piccola incisione inferiore a un centimetro - spiega Fiorenzo Gaita, direttore Cardiologia delle Molinette - Tutta l'attività cardiaca del paziente sarà quindi registrata per i prossimi 3 anni", grazie al dispositivo che, "proprio come una perfetta 'microspia', attraverso il sistema esterno di telemedicina farà pervenire i dati diagnostici da casa in ospedale". Il dispositivo, oltre a confermare con precisione la diagnosi di sospetta fibrillazione atriale, è di grande aiuto nel valutare l'efficacia della strategia terapeutica adottata, sia essa di tipo farmacologico o di tipo interventistico con l'ablazione transcatetere.

Rispetto al monitor della generazione precedente, 'Reveal Linq' è più piccolo dell'87% e ha il 20% di memoria in più. Il monitor viene iniettato sottocute in pochi minuti con estrema semplicità e blanda anestesia locale. Il paziente non subisce alcuna restrizione nelle proprie attività quotidiane con l'attività cardiaca registrata che mostra dati relativi alla vita reale. Il sistema non prevede e non richiede cavi o elettrodi per monitorare il ritmo cardiaco.

# quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 19 FEBBRAIO 2014

## Renzi e la sanità. Ma come la pensa il premier incaricato?

***Renzi è intervenuto raramente sulle questioni sanitarie. Ma forse si possono desumere le sue future strategie politiche dai punti presentati alla “Leopolda” nel 2011 e 2013 e dalle dichiarazioni di personalità a lui vicine. Dagli sprechi legati a “privilegi professionali” alla depenalizzazione della responsabilità del medico e alla riforma dei ticket. Mentre c'è silenzio sulle questioni bioetiche***

Il premier incaricato **Matteo Renzi** interviene raramente sulle questioni sanitarie. Non è quindi facile capire quale strategia possa avere il suo futuro governo. In attesa della presentazione dell'Esecutivo erchiamo – sulla base dei documenti esistenti – di capire quale possa essere la sua strategia politica sul punto. I documenti che analizzeremo sono tre: i [punti della “Leopolda” del 2011](#) e del 2013 ([vedi allegato](#)), l'[intervista a quotidiano sanità di Yoram Gutgeld](#) suo consigliere economico, il programma del partito democratico presentato in campagna elettorale ([vedi allegato](#)).

Durante la prima Leopolda la sanità occupa un ruolo marginale e sulle 100 proposte se ne contano sei sulla sanità: costi standard, ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale, ospedale solo per acuti e chiusura piccoli presidi, percorsi regionali e revisione delle esternalizzazioni. Quest'ultimo – ancorché poco sviluppato – sembra costituire la parte interessante. Si pone una critica al costo delle esternalizzazioni che, in via teorica, secondo il documento renziano dovrebbero servire per assicurare un servizio migliore rispetto a quello interno e per ridurre i costi. Invece si arriva spesso a conclusioni contrarie. Scrive testualmente il testo della prima Leopolda: “costa di più l'infermiera esternalizzata dell'infermiera interna e l'esternalizzazione è troppo spesso gravata da attività professionalmente scadente”. Un invito a internalizzare i servizi e a valorizzare le professionalità assunte oppure un invito alla revisione delle esternalizzazioni? Sembrerebbe – data l'esperienza avuta – che le esternalizzazioni non siano quindi una pratica virtuosa. La conclusione è comunque difficile data l'estrema semplicità e superficialità dei sei punti.

**Nel 2013 il documento sulla sanità emerso dalla terza Leopolda è leggermente più strutturato e occupa una paginetta in formato A4.** Andando oltre la classica vulgata renziana di carattere sloganistico – “non si possono tagliare i fondi per risparmiare, occorre tagliare i fondi per non sprecare” – si specifica che lo spreco è “ancora annidato ovunque” e cita al primo posto “i privilegi professionali”. Purtroppo non si declina tale affermazione in quanto sarebbe stato interessante per capire il punto di vista del futuro premier sul mondo professionale. A chi si riferisce Renzi quando parla di “privilegi professionali”? A tutte le professioni sanitarie? A parte di esse? A una di esse? Questo punto è un *unicum* nella comparazione con gli altri documenti renziani, del partito democratico e delle persone, come Gutgeld, date a lui vicine. Bisognerà vedere se questa forte affermazione sui “privilegi” professionali possa avere una ripercussione sui vari progetti di legge sugli ordini professionali che sono in parlamento.

Sempre sul piano professionale – nel documento dell'ultima Leopolda – si afferma la richiesta sulla depenalizzazione della responsabilità del medico. La richiesta, non presente nel programma sanità del Partito Democratico, avrebbe come risultato un “immediato e significativo risparmio”. Non si capisce bene come, a parte eventuali ma certo non immediati risparmi sulla medicina difensiva, visto che la maggior parte dei problemi è nella sede civilistica (su cui infatti, insiste molto, il ben più



strutturato documento sanità presentato in campagna elettorale dal suo partito). Tra l'altro, queste proposte, erano state avanzate nell'ottobre 2013 a circa un anno dalla parziale esenzione dalla responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie approvata con la legge Balduzzi.

**Sui progetti legati alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale** il Renzi leopardiano si distacca completamente dal programma del partito democratico e chiede la "costruzione di un credibile strumento di compartecipazione (progressiva) dei cittadini alla spesa". La compartecipazione alla spesa in realtà, come è noto, esiste da moltissimi anni ed è stata criticata dal partito democratico nel suo programma in quanto "la tutela della salute per tutti è un diritto primario e fondamentale" e "la fonte principale per reperire le risorse necessarie a rendere esigibile questo diritto è e resta la fiscalità generale". Tra l'altro sul versante risparmi e razionalizzazioni non possiamo non citare la curiosa affermazione di un altro esponente vicino al futuro premier che ha avuto modo di sostenere che l'adozione dei costi standard produrrebbe un risparmio di 30-40 miliardi di euro annui a fronte di un fondo che è poco più di cento miliardi ([intervista al finanziere Davide Serra](#) a margine alla Leopolda) 2013.

**Per il resto i documenti renziani sposano – a quanto è dato di capire – il servizio sanitario pubblico** e non mettono in discussione l'universalità dei servizi mostrando anche un risentimento verso la gestione strumentale delle liste di attesa che vengono utilizzate "coscientemente per fare uscire persone dal Servizio sanitario nazionale". Sullo stesso versante sembra essere Yoram Gutgeld – parlamentare Pd dato vicino a Matteo Renzi – che sembra avergli suggerito il superamento del sistema dei ticket con un sistema che tenga conto dell'Isee riformato.

Il continuo riferimento al rafforzamento del rapporto ospedale-territorio sembra quindi più in linea con un sistema sanitario come quello che comunemente definiamo "toscano" e più lontano dal sistema "lombardo" più basato sulle realtà ospedaliere. Questo quello che si evince dai pochi documenti in cui il prossimo presidente del consiglio ha mostrato interesse sulle questioni sanitarie o, meglio, sul sistema sanitario.

**Sul fronte dei diritti bioetici invece l'ormai ex sindaco di Firenze non si è mai particolarmente esposto.** Le gravi lacune normative che esistono sul versante del consenso informato, del testamento biologico e, più in generale delle tematiche di fine vita, nonché di una legge sulla procreazione assistita inficiata da gravi problemi di costituzionalità non sembrano una sua priorità e verosimilmente non possono esserlo né culturalmente né politicamente. Non vi è da attendersi sviluppi di sorta sul punto vista anche la sua sensibilità verso le tematiche vicine ai movimenti *pro life* dimostrata nella recente [delibera del Comune di Firenze sul cimitero dei feti](#).

È molto facile pronosticare un accantonamento di queste tematiche, anche in un prosieguo di legislatura come l'attuale che potrebbe, così dice Renzi e il suo entourage, arrivare a naturale scadenza. Su queste tematiche la nostra distanza dall'Europa è tangibile e non sembra che l'ex rottamatore voglia colmarla.

**Luca Benci**  
Giurista, Firenze

# “I consigli: no al fai-da-te dei farmaci e riscopriamo l'igiene personale”

## FARMACOLOGIA/2

«**O**gni individuo può nel suo piccolo contribuire a contrastare l'emergenza dell'antibiotico-resistenza. Non solo evitando di assumere questi farmaci in modo inappropriato, cioè senza prescrizione medica, ma riducendo al minimo il rischio infezioni tramite una serie di accorgimenti da seguire nella vita di tutti i giorni». A elencare i consigli pratici per evitare di assumere antibiotici è Walter Ricciardi, docente di Igiene all'Università Cattolica Sacro Cuore-Policlinico Gemelli di Roma.

**Professore, qual è la principale raccomandazione per proteggersi dai batteri?**

«Lavarsi le mani. Non per pochi secondi e superficialmente, ma strofinando con il sa-

pone tutta la superficie. Specialmente fra le dita, dove si annidano questi microrganismi, e che è una parte della mano che spesso viene trascurata durante il lavaggio».

**Oltre all'igiene personale,**

**su cos'altro dobbiamo porre maggiore attenzione?**

«Sull'igiene in casa, specialmente se sotto il nostro tetto vivono anche animali domestici, come un cane o un gatto. Maggiore attenzione, inoltre, va data alla pulizia in cucina, dove i batteri possono facilmente passare per via orale. Consiglio di tenere pulite al massimo le superfici adibite alla preparazione e alla conservazione degli alimenti. In particolar modo il frigorifero, dove il rischio di contaminazione è più elevato, soprattutto se entrano in contatto cibi crudi con quelli cotti».

**Dal frigorifero alla tavola il passo è breve?**

«Purtroppo sì, specialmente se abbiamo a che fare con alimenti che si consumano crudi. Come la frutta e la verdu-

ra, che raccomando di sciacquare abbondantemente».

**Il bicarbonato è utile per disinfettare questi alimenti?**

«Sì. Quando si sciacquano frutta e verdura, il bicarbonato, o in alternativa altri disinfettanti creati per questo scopo, possono aiutare a distruggere eventuali batteri. Soprattutto quando questi alimenti possono essere consumati senza il bisogno di sbucciarli o di togliere un involucri esterno: come l'insalata o l'uva».

**I batteri possono annidarsi anche nei vestiti?**

«Sicuramente. Ecco perché raccomando di arieggiare gli abiti indossati prima di riporli su una sedia in camera da letto o nell'armadio. Maggiore attenzione va riposta ai vestiti indossati dai bambini, più inclini a sporcarsi mentre giocano fuori e quindi a portare in camera eventuali batteri».

**Qualche consiglio invece per quando si è in viaggio?**

«Se la destinazione è un Paese esotico, la prima regola per proteggersi da batteri poten-

zialmente pericolosi è quella di consumare solo acqua minerale in bottiglia perché più controllata. In alcune aree del mondo gli acquedotti, infatti, non sono sicuri e possono contenere batteri di vario tipo, soprattutto di origine fecale. Bisogna quindi evitare di esporsi al rischio di infezioni. Questo discorso vale anche per il ghiaccio: non ha senso consumare acqua minerale in bottiglia, se poi si va in un bar e si beve un cocktail con ghiaccio fatto con acqua contaminata».

**Ma, se anche seguendo questi suggerimenti, un batterio ci colpisce, cosa si può fare?**

«La regola è non assumere farmaci senza indicazione medica. Non possiamo essere certi che si tratta di un batterio o di un virus. E in quest'ultimo caso gli antibiotici sono inutili, perché sono efficaci solo se l'infezione ha origine batterica e questo ce lo può dire il medico. Purtroppo spesso l'antibiotico viene assunto anche per un raffreddore o l'influenza e questo non fa altro che aumentare il fenomeno dell'antibiotico-resistenza». [V. ARC.]

**Walter Ricciardi**  
Igienista

**RUOLO:** È PROFESSORE DI IGIENE ALL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE E DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO GEMELLI DI ROMA



*Dalla ricerca Menarini una molecola per contrastare gli effetti collaterali della chemio*

# Uno spazzino per l'acido urico

**Attivo contro la lisi tumorale - Studio Florence in 12 Paesi - Investiti 50 mln**

## RICERCA

**N**ato come farmaco per curare la gotta è pronto a esibirsi come farmaco-spazzino capace di ridurre i danni della chemioterapia per i malati di leucemia.

Le virtù di Febuxostat - al centro di una ricerca guidata dall'Italia e avviata nel 2012, che ha coinvolto circa 350 pazienti adulti nei reparti onco-ematologici di 79 centri in dodici Paesi (Italia, Germania, Spagna, Russia, Croazia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Serbia, Ucraina, Ungheria e Brasile) - sono state illustrate la settimana scorsa a Firenze dal presidente della **Menarini, Lucia Aleotti**, che ha illustrato i risultati dello studio Florence (Febuxostat for tumor Lysis syndrOme pREvention iN hematoLogiC malignanciEs) e annunciato la prossima presentazione del dossier di registrazione all'Ema.

Il programma lanciato dal gruppo Menarini con un investimento di 50 milioni di euro punta a contrastare l'insufficienza renale che rappresenta uno dei pesanti effetti collaterali della chemioterapia. Si tratta della cosiddetta sindrome da lisi tumorale, che nel 5% dei pazienti porta rapidamente al decesso. Il trattamento ha dimostrato un'efficacia superiore del 30% rispetto alla terapia standard in uso da più di trent'anni nel contrastare gli effetti dell'acido urico liberato nel sangue dalle cellule maligne.

Ora l'obiettivo della ricerca è quello di verificare la possibilità di utilizzare la molecola anche nei bambini che al momento non possono usufruire di questo tipo di terapia di supporto che negli adulti è invece già prevista con altri farmaci.

«I dati preliminari mostrano che dopo appena un giorno dall'inizio della terapia il febuxostat riduce maggiormente l'acido urico in circolo rispetto ad allopurinolo, mantenendo l'effetto per tutta la durata del trattamento, con una superiorità globale di circa il 30%», spiega **Michele Spina**, condirettore della Divisione A di Oncologia dell'Istituto Nazionale Tumori di Aviano e coordinatore internazionale dello studio.

**La copertina**  
La super pastiglia  
boom dei farmaci  
per la vita al massimo

MICHELE BOCCI  
E MASSIMO RECALCATI

# La super pastiglia

Dall'operaio del turno di notte al manager  
È boom di farmaci che promettono  
performance sorprendenti  
Viaggio nel nostro doping quotidiano

MICHELE BOCCI

**A** caccia della pillola magica. Quella che fa stare meglio i sani, rende più facile la vita, regala concentrazione, sicurezza di sé, eccitazione. Lo studente che cerca lucidità per imparare di più e più velocemente, il manager che vuole battere la concorrenza, l'operaio che deve stare sveglio tutta la notte, il cinquantenne che ha paura di invecchiare e scordarsi le cose: magari non lo sanno ma consumando farmaci psicostimolanti e antidepressivi stanno dando materiale a uno dei dibattiti più vivaci della ricerca medica contemporanea, quello sul *neuroenhancement*, cioè sul potenziamento neurologico. È giusto migliorare le prestazioni del cervello con la chimica? Quali sono i limiti etici e i pericoli? Mentre l'accademia discute, l'uso di queste molecole cresce, un po' grazie ai canali ufficiali, tantissimo grazie a quelli clandestini, in particolare su Inter-

net. L'Agenzia del farmaco mette in guardia sui pericoli per i consumatori e sottolinea la necessità di un lavoro scientifico serio in un campo così delicato. Antidepressivi, derivati delle amfetamine, benzodiazepine ma anche molecole create di recente e usate per gravi malattie neurologiche come il Parkinson, ecco cosa viene preso per avere un cervello più in forma. «È solo doping della vita quotidiana», riflette Roberta Pacifici, che si occupa per l'Istituto superiore di sanità degli sportivi che imbocciano la scorciatoia di anabolizzanti e altro. Tutto nasce da una rivoluzione nel concetto di farmaco. Scordatevi il binomio malattia-cura, qui si entra nel campo delle medicine per chi è sano. Un esempio? Il Viagra. Una ventina di anni fa ha rivoluzionato la vita sessuale di molte persone. Ma non solo: il suo utilizzo di massa ha aperto una crepa nel modo di intendere i trattamenti farmacologici, perché salvo casi di patologie importanti ma fortunatamente poco diffuse, la maggior parte delle persone che lo acquistano vogliono solo migliorare la performance a letto.

SEGUE NELLE PAGINE SUCCESSIVE  
CON UN COMMENTO DI MASSIMO RECALCATI

# Vado al massimo

(segue dalla copertina)

MICHELE BOCCI

**S**tessa cosa vale per il doping, su cui esiste ormai una letteratura sconfinata ma il cui schema è semplice: amanti dello sport si caricano di ormoni, integratori, antinfiammatori per andare più forte. Ma non bisogna scordare l'abuso di testosterone che si sta registrando negli Usa. Il farmaco, la cui efficacia tra l'altro deve ancora ottenere l'avallo scientifico definitivo, è usato soprattutto da chi si avvicina alla terza età, per restare pimpante come un ventenne. O almeno provarci.

Poi c'è il versante antidolorifici e antinfiammatori, farmaci usati in modo preoccupante da chi ha solo fini "ricreativi". E

quasi apre un altro capitolo sull'uso improprio dei medicinali. Basta vedere *The Wolf of Wall Street* per fare un'immersione piuttosto eloquente nella storia dello sballo e della dipendenza da farmaci, in molti casi sovrapponibile a quella dalla droga.

«Prendere medicinali per migliorare le performance, a vari livelli, è un processo quasi inevitabile. La specie umana ha sempre cercato il modo di stare meglio, si è sempre potenziata, ad esempio quando c'è da fare la guerra». A parlare è Gilberto Corbellini, ordinario di Storia della medicina alla Sapienza di Roma. «Già alle Olimpiadi classiche, nell'antichità, ci si dopava, mangiando erbe e proteine. Oggi viviamo nella società della conoscenza e quindi, oltre agli aspetti legati ad attività fisica e sesso, poten-

ziamo le azioni cognitive». E a questo "passo avanti" che si sta assistendo in questi anni.

Pone vari problemi, segnalati di recente dal direttore del **Aifa** Luca Pani in un editoriale sul sito dell'Agenzia. «Il *neuroenhancement* — scrive Pani — riguarda persone sane che decidono di esporsi a rischi di effetti collaterali e dipendenze, prescindendo dal classico concetto di cura. Ciò apre problemi di natura etica, scientifica e regolatoria. Per ora, l'efficacia nelle persone sane è stata dimostrata solo in situazioni sperimentali estremamente controllate. Si tratta dunque di valutare, in base allo stato attuale delle conoscenze, quale sia il reale profilo beneficio-rischio e quale il vero valore aggiunto».

Siccome la pillola magica, quella che migliora la vita senza recare alcun danno a chi la prende, non esiste ancora,

molti finiscono male. Come minimo hanno bisogno dell'aiuto di un medico. Michele Sforza è uno psichiatra e psicoterapeuta molto esperto di dipendenze che dirige la clinica *Le Betulle* di Appiano Gentile. «Da noi arrivano tantissime persone con problemi legati ai medicinali — spiega — Alcuni li usano come le droghe, altri iniziano con la prescrizione del medico e poi perdono il controllo. Altri ancora partono con l'intenzione esclusiva di essere più lucidi, così si prendono, ad esempio, i derivati dell'amfetamina. All'inizio pensano di stare meglio ma alla lunga si scoprono dipendenti. Possono avere percorsi simili anche gli ansiolitici e gli antidepressivi».

Alcuni di questi medicinali sono molto sofisticati. «Fanno azioni ben precise nel cervello — spiega Giovanni Biggio, or-

dinario di neurofarmacologia a Cagliari — Ad esempio gli antidepressivi, provocano modifiche e alla fine i neuroni pagano il prezzo. Possono essere molto efficaci ma solo in certi casi». Questa categoria di medicinali vede una crescita delle vendite costante, negli ultimi

10 anni è stata di quasi il 5 per cento.

Le case farmaceutiche ovviamente approfittano della voglia di uomini e donne di avere a disposizione qualcosa in grado di migliorare le loro capacità. «L'aspirazione di chi vende i medicinali è stata fondamentale in questo fenomeno, ma c'è di più — spiega Silvio Garattini del Mario Negri di Milano — La vita moderna spinge all'ambizione, al desiderio di denaro e molti cercano il modo di poter lavorare di più e più lucidamente. Poi c'è l'idea che debba esserci un farmaco per qualunque cosa». Anche il Comitato nazionale di bioetica, di cui Garattini fa parte, si è occupato del potenziamento neurologico. Ha espresso un parere concludendo che ad oggi bisogna continuare a mantenere vincoli molto rigidi quando si tratta di prescrivere farmaci con effetti neurostimolatori.

Ma nel documento ci sono anche alcune aperture. «Il ricorso a sostanze di vario genere (Caffeina, nicotina, amfetamine, eccetera) per migliorare la resistenza alla fatica e alle prestazioni intellettuali ha, come è noto, una lunga storia; la novità odierna sta piuttosto nella disponibilità di una farmacopea più sofisticata, sviluppata per il trattamento di sindromi e patologie psichiatriche e neurologiche (Alzheimer, Parkinson, demenza, sindrome da deficit di attenzione, narcolessia, autismo, eccetera), il cui utilizzo da parte di soggetti "sani" sembrerebbe incrementarne in qualche misura, sebbene con risultati contraddittori, la memoria a breve termine, le capacità di concentrazione e apprendimento, il controllo cognitivo».

La scoperta della pillola magica non sembra però dietro l'angolo. «In futuro, un impiego saggio e adeguatamente regolato di potenzianti cognitivi di tipo farmacologico, accertata la loro non nocività ed efficacia, non è in linea di principio di per sé moralmente condannabile». Ma ci potrebbero esser

problemi legati ad esempio all'equità, cioè alla possibilità riservata ai più ricchi di accedere a questa "pillola". «Va anche considerato — scrive il Comitato nazionale di bioetica — che le funzioni cognitive possono essere migliorate in maniera più duratura dall'istruzione, dall'educazione e dalla formazione continua, da una vita sociale e di relazioni ricche, dallo studio, dall'apprendimento da una stimolazione continua dell'interesse, da stili di vita sani».

Facile a dirsi. Ma in un mondo che corre sempre più veloce e diventa sempre più difficile da affrontare, in tanti sono disposti a prendere la scorciatoia. Una pillola e via.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**VIAGRA & CO**  
Del Viagra per la disfunzione erettile si vendono in Italia 500mila confezioni, lo stesso per il Cialis

**ORMONI**  
Negli Usa è boom di questi farmaci, come il testosterone, grazie anche a spot martellanti. Si spendono due miliardi di dollari l'anno

**DOPANTI**  
Anabolizzanti, diuretici, corticosteroidi, ormoni non steroidei come l'Epo; 450mila gli sportivi che ne fanno uso

**PROZAC**  
Psicostimolanti e antidepressivi vengono usati per il potenziamento neurologico e migliorare le performance professionali

**Lo psichiatra: "Arrivano in tanti con problemi legati a medicinali usati come droghe"**

**"The Wolf of Wall Street" di Scorsese è una sconvolgente rappresentazione del fenomeno**

**Per il Comitato di bioetica, cultura e relazioni sociali più efficaci degli stimoli chimici**

*Manager, studenti, uomini che non vogliono invecchiare: caccia alla pillola magica, che promette lucidità, concentrazione ed eccitazione*  
*Insomma, super prestazioni fisiche e mentali. È boom di vendite di psicostimolanti e antidepressivi per doparsi in una vita che va sempre di corsa. Il Viagra ha aperto la strada. Ma i farmacologi avvertono: attenti agli abusi, creano dipendenza*