

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 12 NOVEMBRE 2014

Anteprima. Conferenza Stato Regioni. Pronto il nuovo Piano nazionale prevenzione. Il testo

La versione finale del Pnp 2014-2018 accoglie le osservazioni delle Regioni. Il Pnp dovrà essere adottato con una delibera ad hoc dalle Regioni entro il 31 dicembre 2014. I criteri per la stesura, la valutazione e la certificazione dei Prn dovranno essere individuati con un Accordo Stato Regioni entro il 31 gennaio 2015. [IL DOCUMENTO](#)

Dovrebbe essere la volta buona per il Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018. Dopo qualche limatura che accoglie le proposte emendative delle Regioni la versione definitiva del Piano ritorna domani sul tavolo della Conferenza Stato Regioni.

Le tappe. Il Pnp dovrà essere adottato con una delibera ad hoc dalle Regioni entro il 31 dicembre 2014. Le Regioni si impegnano ad adottare entro il 31 maggio 2015 il piano regionale di prevenzione per la realizzazione del Pnp 2014-2018 attraverso i programmi individuati sulla base di quanto disposto dal provvedimento. Ossia: le Regioni dovranno applicare nella elaborazione del Prp la visione i principi, la priorità e la struttura del Pnp; dovranno inoltre disporre al preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende attuare tutti i macro obiettivi e tutti gli obiettivi centrali; infine dovranno definire gli elementi, di contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni e continuità di quanto realizzato con il precedente Prn, funzionali ai programmi regionali individuati.

I criteri per la stesura, la valutazione e la certificazione dei vari Piani regionali della prevenzione dovranno essere individuati con un Accordo Stato Regioni entro il 31 gennaio 2015 (e chiaramente non più entro il 30 ottobre come previsto nelle precedenti versioni).

Sul piatto ci sono 200 milioni di euro già destinati alla sua attuazione, come previsto dall'Intesa sottoscritta nel 2005, oltre alle risorse per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale anch'esse già previste dalla legge.

Sono sei i punti cardine del Piano 2014-2018.

- La promozione della salute e della prevenzione attraverso azioni che si dispiegheranno nei prossimi cinque anni, prevedendo per le Regioni la possibilità di una programmazione frazionata in due periodi temporali con una valutazione periodica centrale e regionale, dello stato di realizzazione degli interventi attuati.
- La fissazione degli obiettivi prioritari supportati da azioni e strategie *evidence based*. Questo comporterà il coinvolgimento delle rete Evidence based prevention, già implementata dalla legge.
- La definizione di cinque macro obiettivi di salute e con la loro valutazione attraverso la misurazione degli outcome o degli early-outcome raggiunti o degli out put dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra out put e outcome.
- Il recepimento di obiettivi sottoscritti a livello internazionale e di quelli già decisi nei piani nazionali di settore per garantire un approccio a 360 gradi della sanità pubblica.

- Garantire la trasversalità degli interventi tra i diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative.
- La messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Medicina difensiva. La ricerca dell'Agenas**. Costa 10 mld l'anno ed erode il 10,5% della spesa sanitaria**

Il 93% dei medici ritiene che il fenomeno sia destinato ad aumentare. Per il 64% si tratta di uno strumento che ha garantito la diminuzione della probabilità di errore ma, allo stesso tempo, il 69% la considera un fattore limitante. Tra le cause principali alla base del problema, il 31% indica una legislazione sfavorevole. [LA RICERCA](#)

12 NOV - La medicina difensiva si conferma un problema in progressiva espansione per il Ssn con un impatto stimato tra i 9 e i 10 miliardi, pari al 10,5% della spesa sanitaria. Il 58% dei medici dichiara di praticarla e gli effetti sono enormi: in termini di costi erode il 14% della spesa totale per la farmaceutica, il 25% per gli esami strumentali, il 23% per gli esami di laboratorio e l'11% per le visite specialistiche. Sono i dati raccolti dalla ricerca elaborata dall'**Agenas**, che ha condotto uno studio pilota su quattro Regioni: Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria.

Il fenomeno appare in costante crescita: il 93% del campione indagato ritiene che la medicina difensiva sia destinata ad aumentare. Per il 64% dei medici si tratta di uno strumento che ha garantito la diminuzione della probabilità di errore ma, allo stesso tempo, il 69% la considera un fattore limitante. Tra le cause principali alla base del problema, il 31% indica una legislazione sfavorevole per il medico, il 28% il rischio di essere citato in giudizio e il 14% uno sbilanciamento del rapporto con il paziente.

I suggerimenti per arginare il fenomeno però non mancano. Il 49% dei medici spiega che basterebbe attenersi alle evidenze scientifiche e il 47% rivela che servirebbero interventi organizzativi, in primis una riforma delle norme che disciplinano la responsabilità professionale.

"Con questo progetto - ha spiegato il Direttore generale dell'**Agenas**, Francesco Bevere - si affronta un tema controverso, di grande attualità, quello della medicina difensiva, approntando strumenti validi alla valutazione del fenomeno in tutte le sue sfaccettature: dai fattori economici, alle cause legate essenzialmente ad una legislazione non sempre favorevole per i medici, agli aspetti emotivi del professionista sanitario. Tutto ciò è un grave sintomo del profondo malessere, ampiamente diffuso tra i medici, che genera gravi conseguenze sulla qualità e la sicurezza delle cure e delle organizzazioni".

Gennaro Barbieri

Allegati:



ECONATURAL
 Reinventing tissue paper

Accedi

VANTAGGI PER L' ABBONATO

ABBONATI SUBITO

RINNOVA IL TUO ABBONAMENTO

Inserisci i termini da cercare...

multimedia

shopping24



Home | Dal Governo | In Parlamento | Regioni e Aziende | In Europa e dal mondo | Lavoro e professione | Giurisprudenza | Imprese | Medicina e scienza



Home Dal Governo

DAL GOVERNO

ESCLUSIVA/ Intervista a Walter Ricciardi: «Quell'Iss specchio del Paese»

di Barbara Gobbi e Roberto Turno

12 novembre 2014 Cronologia articolo

Tweet 9

Recommend 20

+1 0

Font icons



Walter Ricciardi, neo commissario Istituto Superiore Sanità

Personi di «straordinario valore» e dipartimenti lasciati per troppo tempo ad autogovernarsi, con risorse pubbliche in calo e senza una bussola sulle priorità. È questo il ritratto che dell'Iss traccia **Walter Ricciardi**, commissario straordinario dell'Istituto superiore di sanità da luglio scorso.

Come ha trovato l'Iss? Un gigante addormentato, impazzito, dimenticato?

Ho trovato una situazione che è un po' lo specchio del Paese, in cui persone di straordinario valore operano in un contesto in cui per molti anni ha prevalso l'autogoverno. Con la conseguenza che oggi nelle unità e nei dipartimenti dell'Iss lavorano ricercatori magari competitivi a livello mondiale, che però operano in contesti altamente difficili dal

punto di vista logistico. Un grande patrimonio di persone e in alcuni casi anche di tecnologie, caratterizzato da frammentazioni e competizioni.

Dalla Cattolica all'Iss: un doppio salto mortale?

In generale tutte le esperienze di "policy making" che ho maturato, anche in ambito internazionale, sono molto utili. In quanto "broker di conoscenza", fare da ponte tra la scienza e le decisioni mi appassiona. Nel caso dell'Iss, ho scelto di mettermi al servizio del Paese.

Il nuovo statuto riuscirà a colmare i gap dell'Istituto?

Quel che è certo è che lo statuto ci mette nelle condizioni di lavorare: per questo ho preferito adottarlo al più presto con delibera. E la solerzia dei due ministri della Salute e dell'Economia, che hanno provveduto con decreto in tempi rapidissimi, conferma che ci sono grande attenzione e grande aspettativa nei confronti dell'Iss, smentendo quanti temevano che il mio fosse un ruolo di mero commissario liquidatore. Certo, resta il problema di un finanziamento pubblico che nel corso degli anni è diminuito da 130 a 107 milioni. Venti milioni in meno, a fronte di un aumento dei compiti dell'Iss. Che ha continuato a sovrintendere a tutte le funzioni della vita civile del Paese.

Quali sono le priorità d'intervento?

Innanzitutto va risolto il problema dell'estrema frammentazione tra dipartimenti e centri, alcuni dei quali sono nati sulla carta ma non sono mai stati effettivamente coordinati. Poi vanno affrontate le questioni logistiche e sicurezza: servono risorse per rimodernare strutture e aggiornare tecnologie. Bisogna far arrivare all'Istituto tutti i finanziamenti possibili: non è più pensabile che l'Iss lavori "gratis", a esempio, per la magistratura, per le Regioni o per i Nas. Infine, ci sono centinaia di contrattisti ancora precari: riguardo al loro futuro sono ottimista, anche constatando i mali tipici

NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente »](#)

Sempre a fianco alle aziende del settore
 Pharma e Medical Device



Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 41
 11-17 nov. 2014
[Sfoggia PDF »](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »](#)

Uscite precedenti:

- nr. 404-10 nov. 2014
- nr. 3928 ott. 2014

[Consulta l'archivio »](#)
[Gestisci abbonamento »](#)

Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

delle strutture pubbliche, come resistenze, ritardi, ricorsi al Tar.

Sul fronte del recupero di risorse, c'è anche l'autofinanziamento...

Che però oggi vale appena 5-6 milioni, il 4% del finanziamento complessivo. Mentre il 96% delle risorse arriva da trasferimenti dello Stato.

Molti ricercatori sono anche molto bravi a trovare fondi, anche internazionali, ma fino a oggi è mancata una struttura amministrativa di supporto. Proprio nei giorni scorsi ho dato il via a 4 task force: la prima è un "grant office" che supporti i ricercatori nell'acquisizione di finanziamenti. Le altre saranno su sicurezza, tecnologie e bilancio.

L'apertura ai privati?

Lo statuto dà la possibilità di aprire a forme di collaborazione con strutture pubbliche e private, anche nell'ottica di attrarre risorse. A ottobre ho insediato un comitato etico di altissimo livello che ha tra le sue priorità l'elaborazione di un "codice", e ho avviato un gruppo di lavoro incaricato di fissare regole trasparenti per dichiarare e gestire possibili conflitti d'interessi.

L'Iss conserverà la forte attenzione verso il farmaceutico?

I rapporti con l'Aifa sono estremamente importanti. Come ha affermato la ministra Lorenzin in Parlamento, Aifa deve diventare un'agenzia centrata sulla regolamentazione del farmaco, e deve farlo senza costi aggiuntivi. Noi siamo in grado di essere il braccio scientifico di questa operazione. Oggi si tratta di codificare meglio attività che già svolgiamo per conto di Aifa, con cui stiamo già lavorando.

L'Iss presenta margini di appropriatezza da recuperare, anche guardando al modello del Patto per la salute?

Ci sono grandi margini di recupero e di contribuzione che l'Iss può dare al Paese da questo punto di vista. Penso al coordinamento delle grandi reti di patologie, su cui l'Italia è estremamente frammentata. Di fatto l'Iss è depositario del programma nazionale linee guida che va ripreso e adattato alla situazione attuale, anche alla luce del Patto per la salute.

La prossima ricerca di grido?

Ce ne sono moltissime in oncologia e medicina molecolare. Iss, poi, coordina la rete delle infrastrutture di ricerca dell'Ue su ricerca traslazionale e biobanche, per non parlare del coordinamento dei sistemi trapianti e delle malattie rare. Cose che poca gente sa e che vanno dette.

Insomma l'Iss c'è e ha un grande futuro alle spalle...

Purché si capisca che occorre muoversi in un contesto diverso: oggi bisogna dire e far sentire che siamo una risorsa per il Paese e che vogliamo lavorare con chi ci deve anche finanziare.

Clicca per Condividere

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

[Leggi e scrivi](#)

ANNUNCI GOOGLE

trials clinici

Sistema per studi clinici con ossimetri e spirometri
www.spirometry.com

Servizi del Catasto

Scarica sul tuo pc visure, mappe, planimetrie e quotazione immobili!
catastoinrete.it

La Ricerca sul Cancro

Sconfiggiamo insieme i tumori! Sostieni AIRC e i suoi ricercatori
www.airc.it

Lascia il primo commento a questo articolo

Scrivi il tuo commento

Entra nella community per lasciare un commento

[Accedi](#)

[Registrati](#)

6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici



[Sfogliala PDF >](#)

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito >](#)

Ultimi quesiti:

▼ TAGLI AI PERMESSI SINDACALI DELLE RSU

Subito dopo l'adozione del DI di riforma della Pa è nata una questione piuttosto delicata e...

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

[Vedi tutti i quesiti >](#)

Bimbi a rischio allergie: acari della polvere nemico numero uno



12 novembre 2014

Acari della polvere nemico numero 1 dei bimbi allergici e responsabili del 50 per cento di tutte le allergie respiratorie. Secondo gli esperti i parassiti della polvere sono causa del 70 per cento dei fenomeni asmatici e delle riniti allergiche in età pediatrica. L'acaro è invisibile a occhio nudo, antico, perché abita la Terra da quasi 300 milioni di anni, e ha colonizzato le nostre abitazioni dove prolifera indisturbato tra la polvere, dunque quasi dappertutto: in materassi, tappeti, divani e coperte. E' un allergene "perenne", tra i più temuti, e ha due soli nemici: la luce solare e il freddo.

“Sono soprattutto i bimbi i più colpiti in questa stagione se si pensa che il 70 per cento dei casi di asma e la metà delle riniti allergiche in età pediatrica è causato da acari della polvere. – dichiara il professor **G. Walter Canonica**, Direttore della Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio e Allergologia Di.M.I. dell'Università degli Studi di Genova e Presidente della Società Italiana di Allergologia Asma ed Immunologia Clinica – Novembre, e il primo freddo in generale, è il periodo in cui esplode l'inquinamento indoor, che rende la vita difficile agli allergici soprattutto fra le mura di casa. Nei prossimi mesi la vita di tutti noi si sposta soprattutto al chiuso, gli ambienti riscaldati di case, scuole, uffici e palestre si riempiono di allergeni invisibili – spiega Canonica –. Il microclima indoor favorisce la proliferazione di acari della polvere, muffe e il “ristagnare” degli allergeni degli animali domestici. Bagni e cucine “sigillate” da finestre tenute chiuse con i doppi vetri, producono un clima caldo-umido ideale proprio per gli acari, che in questi ambienti con temperature fra i 16 e i 24 gradi e un'umidità del 60-70 per cento trovano le condizioni ideali per moltiplicarsi.”

Allergie respiratorie da acari della polvere sottovalutate: secondo gli esperti c'è una forte tendenza a sottovalutare le allergie da acari della polvere, pur riconoscendone i pericoli e le conseguenze, le persone pensano in pratica che si possa convivere con queste allergie, e interpretano i sintomi associandoli più a un disturbo che a una vera e propria malattia. Manca soprattutto l'informazione sull'immunoterapia di desensibilizzazione e molto spesso si ricorre al "fai da te" che in termini di cura deve essere assolutamente evitato.

“L'immunoterapia Specifica (AIT) – conclude Canonica – è una valida soluzione sia per la prevenzione che per la cura di questo problema. In generale l'immunoterapia specifica consiste nella somministrazione controllata al paziente dell'allergene causale della sua patologia, con lo scopo di desensibilizzarlo. L'immunoterapia

Specifica deve quindi essere considerata come l'unico trattamento capace di agire sulle cause, e non solo sui sintomi, dell'allergia e di modificarne la storia naturale. Per quanto riguarda i bambini, può essere somministrata a partire dai 5 anni in poi, e da anni è considerata una terapia assolutamente sicura ed efficace.”

Quattro semplici consigli anti-acari per le mamme e per tutti

1. Camera da letto:

- Cambiare le lenzuola una volta alla settimana
- Far prendere aria ai letti la mattina
- Preferire una rete con doghe in legno
- Evitare i piumoni in piuma naturale che hanno nicchie in cui si annidano gli acari, difficili da pulire
- Lavare regolarmente la biancheria da letto, almeno ogni 2 settimane a temperature superiori a 60°C

2. Casa e salotti:

- Passare regolarmente l'aspirapolvere (tutte le settimane), utilizzando sistematicamente del materiale specifico (filtro HEPA)
- Pulire i pavimenti e gli oggetti a rischio
- Preferire il parquet e il linoleum alla moquette
- Lavare tende e cuscini a 60°C

3. Il riscaldamento, temperatura ed umidità:

- Controllare l'umidità relativa e utilizzare un deumidificatore
- Mantenere una temperatura ambiente ragionevole al massimo tra 18 e 20° C, in particolare nelle camere da letto

4. La prevenzione per i bimbi:

- Tenere pochi giocattoli, libri, giornalini e soprammobili vari; tutti oggetti in cui si accumula la polvere e mantenerli il più possibile chiusi in cassetti o armadi
- Evitare i giocattoli di peluche e preferire, invece, quelli di metallo, legno, gomma

[[chiudi questa finestra](#)]

IDEE & COMMENTI

FECONDAZIONE ETEROLOGA
AL MERCATO
DEGLI OVOCITI

di Luigi Ripamonti

Il problema della mancanza di ovociti per l'eterologa è diventato evidente. Tra donatrici e venditrici, un vuoto di norme ci chiama a riflettere. E la soluzione non può essere l'acquisto dall'estero. a pagina 30

ETEROLOGA E DONATRICI

OVOCITI, IL NODO DEI COMPENSI

di Luigi Ripamonti

Il problema della mancanza di ovociti per la fecondazione eterologa è puntualmente venuto a galla, come previsto. Del resto accade spesso che l'Italia si areni fra intenzioni e attuazioni. Abbiamo salutato come una vittoria di civiltà la rinnovata possibilità di accedere alla fecondazione eterologa nel nostro Paese, perché poneva fine a una discriminazione su base di censo, visto che chi poteva la faceva all'estero. E ora ci accorgiamo che le cose continuano come prima perché non ci sono donatrici. I motivi? L'assenza di incentivi economici alla donazione (salvo aggirare l'ostacolo con «rimborsi» vari) e, secondo diversi osservatori, la mancanza di cultura della donazione di queste cellule (che richiede una stimolazione ovarica non del tutto priva di rischi).

Su questo punto vale forse la pe-

na osare una riflessione impopolare: donazione per chi? Per una donna di 35 anni in menopausa precoce? Per una devastata dall'endometriosi? Per una che ha avuto un tumore? Pare indiscutibile incoraggiare alla donazione in questi casi.

Promuovere la donazione gratuita per una donna che ha più di 45 anni e che, per libera e legittima scelta, ha deciso di ritardare il momento in cui avere figli? Antipatico dirlo ma l'indicazione medica sarebbe meno stringente e, forse, più comprensibile la richiesta di un compenso. Politicamente scorretti per politicamente scorretti, andiamo oltre: liberalizziamo la vendita degli ovociti? Oggi gli ovociti, domani un rene? Non è la stessa cosa, nel primo caso non ci sarebbe la perdita della possibilità di avere figli, nel secondo se «salta» il rene residuo c'è la dialisi. Però qualche timore di una deriva potrebbe esserci.

E allora? Terza via: mettiamo via gli ovociti, congeliamoli finché sia-

mo giovani così magari ci serviranno più in là negli anni. Niente di male, a meno che non sia il correlato di una cultura che, per varie ragioni, induce a pensare che sia privo di costi il rimandare la gravidanza molto in là nel tempo. Non è senza costi: una cosa è partorire a 25 anni o a 35, un'altra a 48. Però così siamo daccapo e rimane la realtà di oggi, che è quella di ieri: chi vuole può comprarsi gli ovociti all'estero chi non può rimane discriminato. E allora che fare? Ognuno avrà una sua opinione: il dibattito è aperto e complesso.

Non guardare le cose come stanno sarebbe ipocrita, non affrontarle tenendo conto di tutti gli aspetti superficiale. Rimane una considerazione: insieme alla cultura della donazione si potrebbe cominciare a promuovere anche una cultura dell'accettazione (non della rassegnazione) per scongiurare quella della disperazione e arginare quella della commercializzazione eccessiva dei problemi di infertilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Su Corriere.it

Puoi condividere sui social network le analisi dei nostri editorialisti e commentatori: le trovi su www.corriere.it



Lettera al ministro Gianni**Test di medicina,
il timore dei rettori:
«Anno accademico
pregiudicato»**

Dovevano entrarne 10 mila in tutta Italia. Poi ne sono arrivati altri 5 mila. E presto se ne aggiungeranno altri 2 mila. Una situazione «gravissima» e «insostenibile» che «pregiudica il regolare avvio dell'anno accademico». Così i rettori della Crui (la Conferenza dei rettori delle università italiane) hanno scritto al ministro Stefania Giannini chiedendole un incontro urgente per affrontare quella che sta diventando una emergenza: il sovrappioppamento di matricole nei corsi di laurea in medicina per l'ingresso dei ricorsisti che, pur non avendo passato il concorso, sono stati riammessi dal Consiglio di Stato. Ciò si è tradotto, in alcuni casi, come quello di Palermo, in quasi il triplo di studenti (intorno ai 1.100) per corsi e spazi pensati invece per un terzo di loro (404). Si parla di aule stracolme e laboratori impossibili da tenere. «Ora stiamo dando una risposta con strumenti straordinari — dice il rettore di Palermo e vicepresidente Crui Roberto Lagalla — ma per i prossimi anni cosa faremo?». Anche perché, scrivono i rettori, «da anni le domande di accesso ai corsi superano le relative offerte, tanto di posti quanto di borse». Il ministro li riceverà domani.

Claudia Voltattorni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



contromano

di Emanuela Vinai

Le illusioni della «super-amniocentesi»

Due società scientifiche mettono in guardia contro l'annuncio di nuove diagnosi prenatali che sarebbero in grado di svelare l'80% delle anomalie genetiche

L'offerta su Groupon c'è già: prezzi stracciati per una valutazione della predisposizione genetica a patologie cardiovascolari e disfunzioni lipidiche. Ma un conto è un adulto che voglia conoscere probabilità e imprevisti legati al proprio Dna, e decida di prendere contromisure, tutt'altro discorso quando si parla di analisi predittive su qualcuno che non le ha chieste, e che non può opporsi alle conseguenze. L'applicazione indiscriminata di queste tecnologie in assenza di fattori di rischio specifici, di prescrizione e interpretazione specialistica dei dati, comporta rischi e sottopone considerazioni etiche non eludibili. Eppure la diagnosi prenatale sul nascituro, ovvero l'analisi genomica con uno screening in grado di coprire un'ampia gamma di patologie, è un settore della ricerca e del mercato in forte crescita ed è notizia recente la cosiddetta "super-amniocentesi" che, nelle modalità con cui è stata divulgata, sarebbe in grado di «svelare l'80% delle malattie». Contro il sensazionalismo e la banalizzazione legati alle analisi genomiche si sono schierati con decisione due autorevoli organismi scientifici: la Società italiana di genetica umana (Sigu) e la Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica (Sieog).

«**P**reoccupa quando al cittadino sono proposti test o procedure in cui la logica seguita è anche quella del profitto», commenta Antonio Amoroso, presidente della Sigu, la società scientifica che raduna più di mille genetisti nei laboratori di genetica e nei servizi di genetica medica degli ospedali italiani. La commercializzazione genera false attese e, attualmente, le evidenze scientifiche non permettono «di considerare questa procedura come consolidata nella pratica clinica. Si sta discutendo di introdurla nel caso di sospetto di malattia, certo non ancora per la diagnosi prenatale». «La capacità di individuare l'80% delle malattie genetiche da cui potrebbe essere colpito il feto è una sovrastima – spiega il presidente Sigu –. Questo test riconosce le numerosissime mutazioni in soli 300 geni che possono causare malattie genetiche.

Sebbene il test analizzi i geni che con frequenza maggiore causano problemi, le malattie con basi genetiche conosciute in realtà sono più di 4mila». Fondamentale è l'aspetto legato alla decodificazione dei risultati, materia complessa anche per gli addetti ai lavori. «L'interpretazione del test è in alcuni casi molto difficile, e non è possibile dare un significato certo a molte varianti del Dna potenzialmente riconoscibili – ribadisce in una nota il presidente della Sieog, Giuseppe Cali –. Quando si analizza il **genoma** di un individuo è possibile identificare migliaia di varianti: è ovvio immaginare quali siano le ricadute negative in termini di *counseling*». Per questo, conclude Cali è necessario che «informazioni importanti come quelle relative alle condizioni del feto siano sempre fornite in maniera equilibrata e culturalmente corretta al fine di non creare illusioni e false aspettative estremamente pericolose e spesso fuorvianti per le possibili scelte in merito».

La comunicazione dei fattori di rischio e dei possibili risultati attesi si conferma come uno degli aspetti più delicati, soprattutto quando si parla a persone in un momento di vita molto fragile, come le donne in gravidanza che sentono forte la pressione per tutto quello che riguarda la salute del proprio bambino. Un esempio semplice per far comprendere i risvolti psicologici legati alla consulenza genetica lo suggerisce Domenico Coviello, genetista all'Ospedale Galliera di Genova: «Se nel prenotare una vacanza l'agente di viaggio mi elencasse minuziosamente ogni minima possibile incognita, dalla puntura di insetti all'insolazione, probabilmente non partirei più... Chi si rivolge a questi screening vuole avere la garanzia che il bambino tanto atteso sia perfetto. Ma non è la genetica che ci può assicurare una vita senza difetti».



IDEE & COMMENTI

FECONDAZIONE ETEROLOGA
AL MERCATO
DEGLI OVOCITI

di Luigi Ripamonti

Il problema della mancanza di ovociti per l'eterologa è diventato evidente. Tra donatrici e venditrici, un vuoto di norme ci chiama a riflettere. E la soluzione non può essere l'acquisto dall'estero. a pagina 30

ETEROLOGA E DONATRICI

OVOCITI, IL NODO DEI COMPENSI

di Luigi Ripamonti

Il problema della mancanza di ovociti per la fecondazione eterologa è puntualmente venuto a galla, come previsto. Del resto accade spesso che l'Italia si areni fra intenzioni e attuazioni. Abbiamo salutato come una vittoria di civiltà la rinnovata possibilità di accedere alla fecondazione eterologa nel nostro Paese, perché poneva fine a una discriminazione su base di censo, visto che chi poteva la faceva all'estero. E ora ci accorgiamo che le cose continuano come prima perché non ci sono donatrici. I motivi? L'assenza di incentivi economici alla donazione (salvo aggirare l'ostacolo con «rimborsi» vari) e, secondo diversi osservatori, la mancanza di cultura della donazione di queste cellule (che richiede una stimolazione ovarica non del tutto priva di rischi).

Su questo punto vale forse la pe-

na osare una riflessione impopolare: donazione per chi? Per una donna di 35 anni in menopausa precoce? Per una devastata dall'endometriosi? Per una che ha avuto un tumore? Pare indiscutibile incoraggiare alla donazione in questi casi.

Promuovere la donazione gratuita per una donna che ha più di 45 anni e che, per libera e legittima scelta, ha deciso di ritardare il momento in cui avere figli? Antipatico dirlo ma l'indicazione medica sarebbe meno stringente e, forse, più comprensibile la richiesta di un compenso. Politicamente scorretti per politicamente scorretti, andiamo oltre: liberalizziamo la vendita degli ovociti? Oggi gli ovociti, domani un rene? Non è la stessa cosa, nel primo caso non ci sarebbe la perdita della possibilità di avere figli, nel secondo se «salta» il rene residuo c'è la dialisi. Però qualche timore di una deriva potrebbe esserci.

E allora? Terza via: mettiamo via gli ovociti, congeliamoli finché sia-

mo giovani così magari ci serviranno più in là negli anni. Niente di male, a meno che non sia il correlato di una cultura che, per varie ragioni, induce a pensare che sia privo di costi il rimandare la gravidanza molto in là nel tempo. Non è senza costi: una cosa è partorire a 25 anni o a 35, un'altra a 48. Però così siamo daccapo e rimane la realtà di oggi, che è quella di ieri: chi vuole può comprarsi gli ovociti all'estero chi non può rimane discriminato. E allora che fare? Ognuno avrà una sua opinione: il dibattito è aperto e complesso.

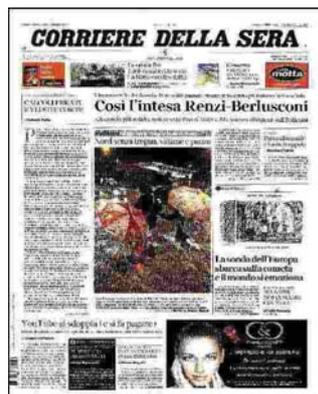
Non guardare le cose come stanno sarebbe ipocrita, non affrontarle tenendo conto di tutti gli aspetti superficiale. Rimane una considerazione: insieme alla cultura della donazione si potrebbe cominciare a promuovere anche una cultura dell'accettazione (non della rassegnazione) per scongiurare quella della disperazione e arginare quella della commercializzazione eccessiva dei problemi di infertilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Su Corriere.it

Puoi condividere sui social network le analisi dei nostri editorialisti e commentatori: le trovi su www.corriere.it





CERVELLI IN FUGA

Il Rettore Gaudio: partire non è un male Purtroppo chi torna poi non resta

Pochi ricercatori mal pagati

«Gli italiani fanno in media
il doppio di quelli degli altri Paesi»

Le eccellenze tricolori

«Tutto il campo della fisica
e la moderna medicina traslazionale»

Antonio Angeli
a.angeli@iltempo.it

■ «Il Paese deve tornare a investire sulle intelligenze italiane, che sono tante e meritano interesse. Non possiamo mortificare, con tagli, l'università, la cultura, la ricerca»: parola di Eugenio Gaudio, Magnifico Rettore di una delle prime e più grandi università del mondo: La Sapienza di Roma.

Rettore Eugenio Gaudio, c'è stato, l'altro giorno, un convegno sulla fuga dei cervelli. Ma qual è la situazione?

«L'Italia è un Paese che, ne-

gli ultimi decenni, purtroppo, ha deciso di investire poco nella ricerca e nell'istruzione superiore. Come è noto noi abbiamo la metà della percentuale di Pil investito su istruzione superiore e ricerca, rispetto agli altri Paesi con cui ci confrontiamo: l'Europa a sette, i Paesi dell'Ocse e i Paesi occidentali in genere. Questo è il primo punto e il secondo punto è che, al di là della rappresentazione che ne viene fatta, l'università italiana ancora prepara molto bene. Rispetto ad altri sistemi universitari ha un'impostazione metodologi-

ca, con un'impostazione dottrinale ampia, che forma studenti prima, studiosi poi, di assoluto livello».

Qual è, allora, il problema?

«L'Italia è sempre stata un po' carente nella formazione pratica, ma questa, quando si ha una formazione metodologica di base, approfondita, si recupera in poco tempo. Ed è quello che accade. Quando i nostri studenti vanno all'estero, nel giro di pochi mesi sono molto apprezzati e sono dei leader, nel loro settore. Però, se un nostro dottorando va all'estero e viene retribuito, ad



esempio, negli Stati Uniti, immediatamente ha una retribuzione che è più del doppio di quella che riceve in Italia».

E allora?

«Il problema non è soltanto dei nostri cervelli che vanno all'estero perché, se entriamo in un concetto di internazionalizzazione, di globalizzazione, è il tre, quattro per cento dei nostri laureati che va all'estero e questo non ci deve preoccupare, ci deve, anzi, far piacere. Il problema è un altro. Ci dobbiamo chiedere: quanti studiosi di valore, dai Paesi con cui siamo in concorrenza, vengono in Italia? La risposta è, praticamente, nessuno. Perché le condizioni di lavoro, scarsità di posti, livello bassissimo della retribuzione, complicazioni organizzative, perché il nostro è un Paese altamente burocratizzato, scoraggiano fortemente la venuta di studiosi dall'estero. E questo è il vero problema: il nostro Paese non richiama né capitali e né intelligenze, perché è diventato un Paese burocratizzato che non valorizza nel campo della cultura, della ricerca, della formazione».

Ma siamo proprio la Cenerentola della ricerca?

«No, il bello è che non è vero. Perché l'entusiasmo, l'intelligenza, la capacità di adattamento dei ricercatori italiani, nonostante le premesse che porterebbero a questa conclusione, affermano invece che noi non siamo gli ultimi. Con l'abnegazione, l'intelligenza, il sacrificio, il volonta-

riato, perché le persone fanno cose al di là delle loro competenze, l'Italia è leader. I pochi ricercatori mal pagati che abbiamo in Italia producono il doppio di quello che fanno in media gli altri, ma questo non è sufficiente».

Quali sono le eccellenze della Sapienza?

«Tutto il campo della fisica; il campo della medicina traslazionale, il trasferimento delle ricerche di base all'applicazione clinica, siamo tra i primi posti al mondo».

Quanto impiega una scoperta a diventare «operativa»?

«Prima, non più tardi di venti, trenta anni fa, dalla sperimentazione di base all'applicazione clinica potevano passare dieci anni, a volte anche venti, attualmente dalla scoperta di base all'applicazione clinica possono passare mesi, soprattutto nei farmaci biologici. I tempi si sono molto ristretti. Anche per i vaccini, il vaccino contro Ebola è studiato da un consorzio vicino a Roma, a Pomezia».

Ma dei tanti ragazzi che partono, qualcuno rientra?

«Sì, vanno poi tornano. Noi abbiamo richiamato tanti cervelli, ma poi non sono rimasti. Un professore che negli Stati Uniti ha una retribuzione di centinaia di migliaia di euro, tre quattrocentomila, che torna in Italia e ha una retribuzione di ottanta novantamila euro, poi lì ha la possibilità di sfruttare milioni di dollari per la ricerca, qua anche per comprare una penna deve fare una gara... non creiamo le condizioni per poter rendere competitivo il nostro sistema».



Fulvio Frisone

Tra i massimi fisici italiani contemporanei, ha rifiutato senza esitazione importanti incarichi all'estero



Magnifico

Eugenio Gaudio, medico di fama mondiale, rettore dell'Università La Sapienza

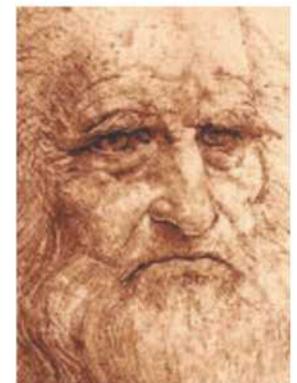


Enrico Fermi

Il padre della fisica moderna, nato in Italia nel '901 divenne cittadino degli Stati Uniti. È tra i più noti scienziati al mondo e per gli studi teorici nell'ambito della meccanica quantistica

Leonardo da Vinci

Anziano si trasferì in Francia, accolto con tutti gli onori



«Silenzi e ritardi colpevoli su Ebola L'epidemia poteva essere fermata»

Un sociologo dell'Università della Guinea: le autorità hanno ignorato gli allarmi



**Le ragioni
Pregiudizi
e interessi
sono stati
un freno**

L'epidemia di Ebola avrebbe potuto essere fermata sul nascere? Forse sì, se i primi casi di infezione in Guinea fossero stati resi noti senza alcun indugio e fosse stata disposta immediatamente una campagna di prevenzione efficace.

A sostenerlo è Abdoulaye Wotem Somparé, sociologo dell'università Kofi Annan, di Conakry, laureato a Parigi, che attribuisce questo ritardo all'intreccio di ragioni culturali, politiche ed economiche: «Le istituzioni della Guinea hanno esitato a prendere provvedimenti immediati dopo i primi casi perché la regione interna, boschiva, dove sono avvenute le prime infezioni, versa in una situazione paradossale: è infatti poverissima, isolata culturalmente e oggetto di pregiudizi da parte degli altri abitanti del Paese, ma è anche molto strategica sia economicamente sia politicamente».

Non si vede un legame diretto con Ebola. «Il virus ha cominciato a diffondersi nella zona perché la popolazione locale si nutre spesso di selvaggina potenzialmente infetta, cacciata e venduta nei mercati. Dopo i primi casi le autorità avrebbero dovuto mettere in atto tutte le misure straordinarie necessarie per fermare la progressione della malattia e far partire tempestivamente una campagna di informazione in tutto il Paese». «Invece — continua il sociologo — ci sono state esitazioni per evitare di aggravare i pregiudizi nei confronti degli abitanti della regione, che sareb-

bero stati considerati colpevoli del flagello per le loro abitudini alimentari e i loro riti (per esempio quelli funebri), già additati come segno di scarsa civiltà. E anche gli esponenti locali più istruiti, alla comparsa dei primi casi di malattia, si sono allineati, tendendo a non drammatizzare la situazione».

Mancano ancora i risvolti strategici e politici cui accennava. «Non c'era interesse a mettere in ulteriore difficoltà migliaia di persone a causa degli errori commessi da pochi nell'alimentazione. A maggior ragione, se si considera che la popolazione in questione gioca un ruolo tutt'altro che secondario per l'elezione del presidente della Guinea, e che le prossime consultazioni cadranno nel 2015 — continua Somparé —. Se poi gli abitanti della regione vivono una situazione socio-economica surreale, il quadro si completa. Infatti una parte del territorio non può essere coltivata perché è sotto la tutela dell'Unesco, mentre un'altra è ricchissima di minerali e ha attirato l'interesse di diverse compagnie estrattive straniere».

«Lo sfruttamento del suolo — precisa il sociologo — si tradurrebbe in lavoro per la manodopera locale, che versa in condizioni molto precarie a dispetto del fatto di camminare su una delle maggiori ricchezze del Paese: una situazione di disagio che già in passato ha acceso proteste violente. Inoltre, lo sfruttamento minerario aumenterebbe in pochi anni, in modo deciso, il Pil dell'intero Stato».

«Una campagna di comunicazione massiccia, dopo i primi casi di infezione — conclude Somparé, — avrebbe potuto da un lato far infuriare potenziali elettori e dall'altro scoraggiare gli investimenti stranieri».

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Abdoulaye Wotem Somparé (nella foto) è un sociologo dell'università Kofi Annan, di Conakry, capitale della Guinea

● Per l'Oms, i morti dall'inizio dell'epidemia di Ebola sono 5.160. I casi di contagio, invece, sono 14.098 distribuiti soprattutto in Sierra Leone, Liberia e Guinea (in Mali si contano 4 pazienti, tutti deceduti)



LORENZIN, ATTIVO NUMERO VERDE 1500 SU EBOLA

OPERATORI RISPONDONO A CITTADINI, 'ALLARMISMO È INGIUSTIFICATO'

E' attivo il numero di pubblica utilità 1500 per le emergenze sanitarie con operatori che rispondono sulla malattia da virus ebola. Lo annuncia il ministero della Salute. Il servizio, attivo tutti i giorni dalle ore 9.00 alle ore 18.00, prevede due livelli di risposta ai cittadini: il primo costituito da circa 40 operatori che risponderà a tutti i quesiti base, e un secondo livello costituito da 60 medici, medici veterinari, chimici e farmacisti, che invece risponderà a domande tecnico scientifiche. Gli operatori del Servizio 1500 sono stati formati e aggiornati sulle competenze tecnico-scientifico-normative della malattia da virus Ebola, sulla situazione epidemiologica internazionale, sulla sorveglianza prevista dal Ministero della Salute ai porti ed aeroporti. E' stata inoltre prevista l'applicazione di un modello operativo comunicativo-relazionale standardizzato che comprende procedure e azioni temporali finalizzate a rendere omogenei modalità relazionali e comunicative nell'attività di counselling telefonico sulla malattia. "Abbiamo formato appositamente il personale - ha affermato il ministro Beatrice Lorenzin - che risponde al 1500 per dare tutte le informazioni che saranno richieste dai cittadini sul virus Ebola. Colgo l'occasione per ribadire che in Italia finora non ci sono stati casi di Ebola, neanche di importazione e che comunque tutte le procedure necessarie per affrontare eventuali criticità che dovessero presentarsi sono state da tempo attivate. Monitoriamo costantemente la situazione e ribadisco che attualmente qualsiasi allarmismo è ingiustificato".

FARMACI: FEDERFARMA, BENE LORENZIN SU RIVEDERE TETTI DI SPESA

(AGI) - Roma, 11 nov. - "Apprezziamo le parole espresse ieri dal ministro della salute Beatrice Lorenzin sulla opportunita' di rivedere il meccanismo dei tetti alla spesa farmaceutica e del payback, in base al quale le farmacie devono ripianare ogni anno l'eventuale sfioramento del budget". Lo sottolinea Annarosa Racca, presidente di Federfarma. "Siamo d'accordo con il ministro che questo sistema ormai non regge piu'. Tanto piu' considerando che il tetto e' definito al lordo dei ticket e gli operatori devono ripianare anche lo sfioramento composto da quanto gia' pagato dai cittadini". Per Federfarma "e' ora di ripensare l'intera governance del farmaco, che non va piu' considerato come una voce di spesa a se stante, ma deve essere valutato come parte di un percorso globale di cura: solo in questo modo l'impiego del medicinale potrebbe essere apprezzato anche per i risparmi che assicura laddove evita ricoveri ospedalieri, complicanze e interventi chirurgici". Contro i meccanismi del payback Federfarma ha presentato nei giorni scorsi un ricorso al Tar. (AGI)