

La Consulta rinvia gli atti ai tre tribunali che avevano sollevato il caso di costituzionalità Fecondazione eterologa, resta il no

di MARGHERITA DE BAC

Fecondazione eterologa, resta il no. I giudici della Corte costituzionale che ieri sono riuniti per discutere la legittimità del divieto previsto dalla legge hanno rinviato la decisione ai tribunali ordinari di Firenze, Catania e Milano che, nel valutare i ricorsi di tre coppie, avevano avanzato richiesta di incostituzionalità di quel divieto alla Consulta.

A PAGINA 29

Bioetica Richiamo della Corte a un verdetto europeo che legittima il no

Consulta, rimane il divieto della fecondazione eterologa

Salva la legge 40, atti ai tribunali. Roccella: caso chiuso

ROMA — Il fronte del sì alla fecondazione eterologa ci sperava e si diceva ottimista. Invece i giudici della Corte costituzionale che ieri si sono riuniti per discutere la legittimità del divieto previsto dalla legge italiana non si sono pronunciati nel merito.

Hanno rinviato la decisione ai tribunali ordinari di Firenze, Catania e Milano che, nel valutare i ricorsi di tre coppie, avevano avanzato richiesta di incostituzionalità di quel divieto alla Consulta. In pratica, tutto resta come prima. Le coppie infertili non potranno utilizzare nei nostri centri la tecnica che impiega gameti (ovociti e spermatozoi) appartenenti a individui estranei alla coppia.

Saranno necessari almeno dodici mesi, secondo la previsione degli avvocati coinvolti in questa battaglia legale, per sapere se potrà essere abbattuto l'ultimo pilastro della legge 40 che dal 2004 regola il sistema della procreazione medicalmente assistita in Italia. La rigidità del provvedimento è stata via via ammorbida a colpi di sentenze. Prima è saltato il limite di fecondare tre ovociti, poi quello di fare diagnosi sull'embrione prima di trasferirlo nell'utero e di conseguenza è stato riammesso il congelamento degli ovuli fecondati e non utilizzati subito.

Ma per il definitivo ed eventuale ultimo colpo di spugna bisogna aspettare. Ieri la Corte ha richiamato in gioco i giudici civili ritenendo che spetti a loro «valutare la questione alla luce della sentenza, risalente allo scorso novembre, dunque successiva ai ricorsi, pronunciata dalla Corte Europea sui diritti dell'uomo di Strasburgo». Ora i tre tribunali dovranno riformulare la richiesta di illegittimità del divieto. Gli atti esaminati ieri dalla Consulta non prendevano infatti in considerazione la sentenza della Grande Camera di Strasburgo (una specie di Corte costituzionale europea), che accogliendo un ricorso del governo austriaco appoggiato da quello italiano, aveva affermato la legittimità del divieto (parziale) di eterologa. E aveva raccomandato di rivalutare comunque la legge alla luce delle recenti evidenze scientifiche sulle tecniche. Un invito vincolante per gli Stati membri.

Per i sostenitori del no all'eterologa è un successo: «Avrebbero potuto respingere le nostre obiezioni», commentano con ottimismo in una nota congiunta Filomena Gallo, vicepresidente dell'associazione Luca Coscioni, Giandomenico Caiazza e Gianni Baldini, gli avvocati che assistono le coppie dei ri-

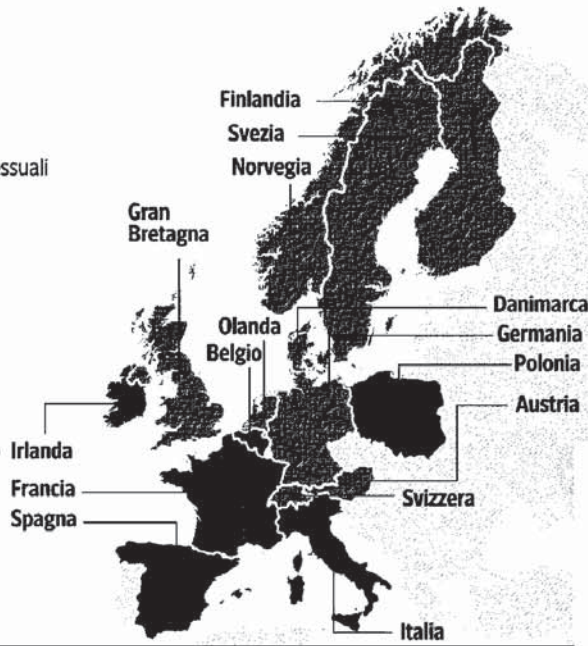
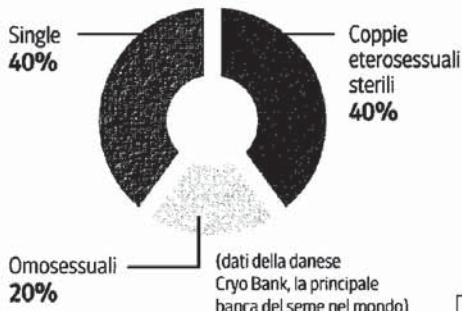
corsi a Milano, Catania e Firenze. La ginecologa Mirella Parachini, vicepresidente di Fiapac (Federazione internazionale degli operatori dell'aborto e della contraccezione) è soddisfatta: «Sono stati tutelati i diritti delle coppie sterili, costrette ad emigrare per realizzare i progetti di famiglia». Secondo Livia Turco, deputata del Pd, «è evidente che il Parlamento deve assumersi la responsabilità di rivedere la legge 40. La politica non può permettere che l'equilibrio di quel testo sia trattato dai tribunali». Tutto il contrario per Eugenia Roccella, ex sottosegretario alla Salute, che sostiene la validità dell'impianto originario delle norme del 2004: «La questione è nella sostanza chiusa. Noi avevamo affiancato l'Austria presso la Corte di Strasburgo. Un nuovo ricorso non avrebbe basi. Certo resto sempre sorpresa dalla capacità dei tribunali di arrampicarsi sugli specchi con interpretazioni creative su leggi che non piacciono».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

La tecnica e i numeri

La legge 40 vieta la fecondazione in vitro eterologa. A differenza dell'omologa, in cui entrambi i gameti che vanno a formare l'embrione appartengono alla coppia, nella fecondazione eterologa il seme o l'ovulo provengono da un donatore esterno

Chi ricorre all'eterologa



- È permessa la fecondazione eterologa e conoscere l'identità del genitore biologico
- È possibile la fecondazione eterologa ma non conoscere l'identità del genitore biologico
- È vietata la fecondazione eterologa

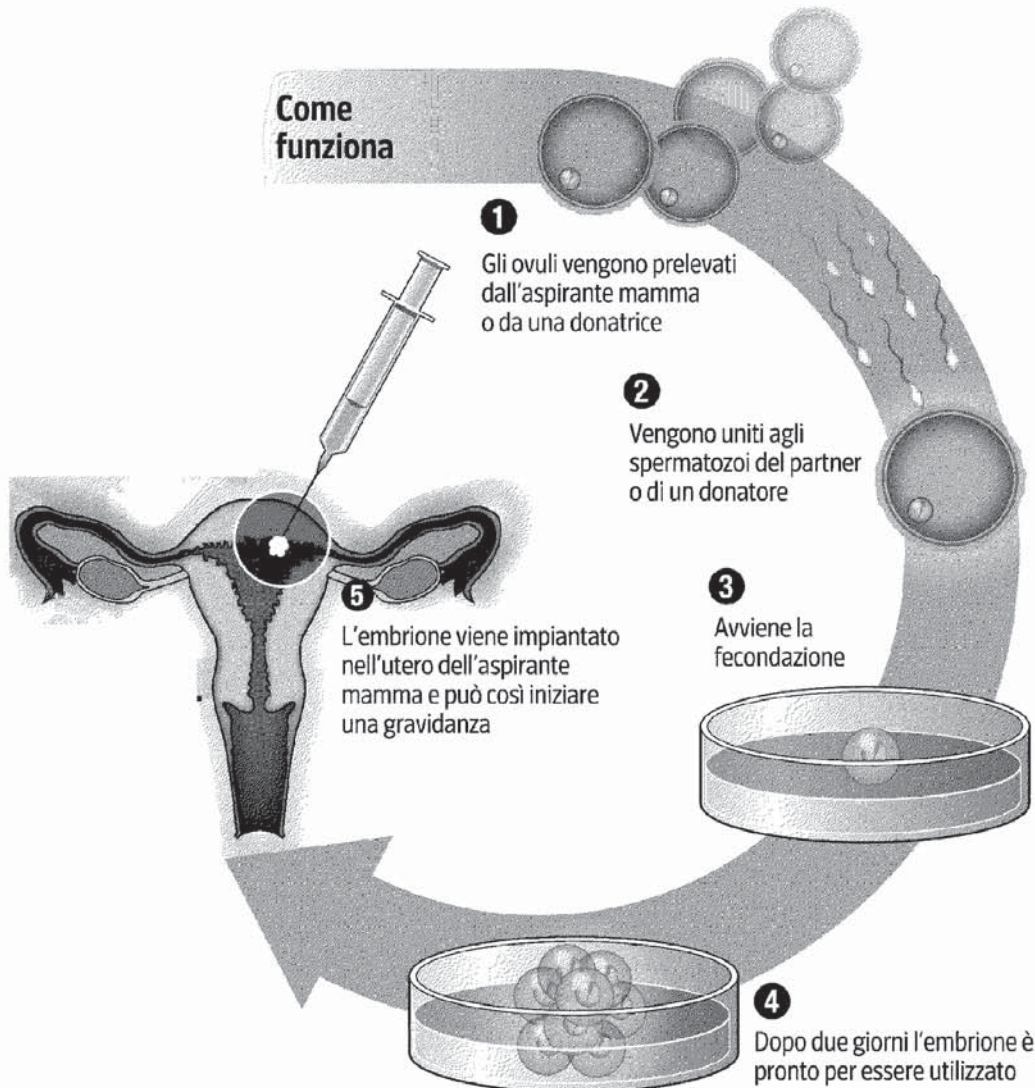
4 mila

Le coppie italiane che nel 2011 sono andate all'estero per sottoporsi alla fecondazione assistita: la metà lo ha fatto per ricorrere a quella eterologa

3-10 mila euro

La cifra richiesta per un'eterologa in un centro straniero. Si scende a 2.000 euro nelle cliniche dell'Est Europa

Fonte: dati Istituto superiore di Sanità, Osservatorio sul turismo procreativo



Respinto il ricorso dei tribunali. L'esultanza dei cattolici

No alla fecondazione eterologa, la Consulta salva la legge



Trattamento di embrioni in un laboratorio

DUSI, PASOLINI E VINCI ALLE PAGINE 12 E 13

Fecondazione eterologa, resta il divieto

La Consulta prende tempo: possibile il ricorso, ma va motivato diversamente

ELSA VINCI

ROMA — Quello della Consulta è un "arrivederci". La Corte Costituzionale, che ha esaminato il divieto di fecondazione eterologa stabilito dalla legge 40, non scrive la parola fine. Invita i giudici che avevano sollevato la questione (Firenze, Catania e Milano) a considerare la sentenza della Grande Camera della Corte di Strasburgo che l'anno scorso ha ritenuto legittimo il divieto alla fecondazione con gameti estranei alla coppia nei paesi comunitari. Un divieto che secondo i magistrati europei non viola l'articolo 8 della Convenzione dei diritti dell'uomo sul rispetto della vita privata e familiare. «La Consulta prende tempo — dice Marilisa D'Amico, avvocato dei ricorrenti e docente di diritto costituzionale a Milano — Questa non è una bocciatura. Certamente i giudici di merito risolle-

veranno la questione e torneranno alla Corte Costituzionale. Di Milano e di Catania lo so già».

La chiave di volta della vicenda giuridica è la Corte di Strasburgo. Proprio sulla scia di una prima pronuncia nell'aprile del 2010, che dava ragione a due coppie austriache per le quali l'unico modo di avere figli era l'eterologa in vitro, alla Consulta sono arrivati ben tre ricorsi. Uno emanato dal tribunale di Firenze nel settembre 2010, con cui per la prima volta in Italia un giudice ordinario ha ritenuto costituzionalmente illegittimo il divieto di procreazione eterologa per una coppia in cui l'uomo non ha spermatozoi a causa di terapie fatte durante l'adolescenza. Poi la questione sollevata dal tribunale di Catania nell'ottobre 2010 sul caso di una moglie infertile per menopausa precoce, infine quella del feb-

braio 2011 dei magistrati di Milano, relativa a una coppia in cui l'uomo soffre di infertilità totale e irreversibile. Con le ordinanze, i tre tribunali chiedevano alla Consulta di accertare se la legge 40 violasse gli articoli 2, 3, 31, 32 e 27 della Costituzione e gli articoli 8 e 14 della Convenzione dei diritti dell'uomo. I dubbi di legittimità riguardano la violazione del principio di uguaglianza, della tutela della famiglia e del diritto alla salute.

Tuttavia nel novembre 2011 succede ciò che nessuno si aspetta, su ricorso dell'Austria la Corte di Strasburgo si pronuncia in secondo grado, ribaltando il proprio giudizio. La Grande Chambre sottolinea che viste le questioni etiche sollevate ma anche la rapidità dei progressi scientifici, ogni paese ha un ampio margine di manovra nel normare la materia, e dunque la legge austriaca non

lede di per sé i diritti delle due coppie. «Una decisione parametrata agli Stati — dice in udienza l'avvocato Giandomenico Caiazza — il no all'eterologa resta discriminatorio e viola l'articolo tre della Costituzione». Infatti la Consulta quel «no» non l'ha pronunciato. E in udienza non lo ha fatto nemmeno l'avvocato dello Stato, lì per contrastare la battaglia. Gabriella Palmieri ha sostenuto che sull'eterologa «si deve esprimere il legislatore non l'Alta Corte». E ha voluto precisare che la sua è stata una «difesa tecnico-giuridica», sottolineando «la grande sensibilità delle situazioni che hanno originato i ricorsi».

Il divieto resta in vigore. «E L'Italia sola con la Lituania e la Turchia», sorride l'avvocato Caiazza. «A meno che non vogliono contraddirsi — dice Gianni Baldini, legale della coppia di Milano — i tre tribunali non potranno che ribadire la

necessità di un intervento della Corte Costituzionale». Stavolta però i ricorsi dei giudici dovranno tener la voce, in punto di diritto, della Grande Chambre.

“I tribunali tengano conto del verdetto di Strasburgo che autorizza gli Stati a proibirla”

L'eterologa

La legge

La donazione dei gameti maschili o femminili in Italia è vietata dall'articolo 4 della legge 40

Le leggi in Europa

- È permessa la fecondazione eterologa e si può conoscere l'identità del genitore biologico
- È permessa l'eterologa ma non si può conoscere l'identità del genitore biologico

■ La fecondazione eterologa è vietata dalla legge



fonte: Osservatorio turismo procreativo

Le tappe

1

LA SENTENZA

Nell'aprile del 2010 la Corte di Strasburgo dichiara che il divieto di eterologa viola la Convenzione europea dei diritti dell'uomo

2

IL RICORSO

Nei mesi successivi tre giudici italiani, sulla base della sentenza di Strasburgo, fanno ricorso alla Consulta

3

IL NUOVO GIUDIZIO

Nel novembre 2011 la Camera grande della Corte di Strasburgo cambia indirizzo: il divieto di eterologa è legittimo

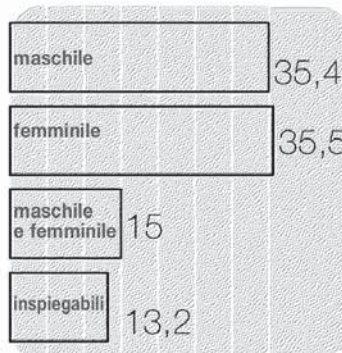
Fecondazione assistita



3 milioni le coppie infertili stimate in Italia

Cause d'infertilità

In percentuale





1 coppia su 6
le coppie italiane che diventano
genitori dopo la fecondazione
assistita



1 coppia su 4
la media dei successi nei Paesi
dove è consentita l'eterologa

32 anni
l'età media del primo parto
in Italia

28,1%
la percentuale di donne over 40
che ricorre alla fecondazione
assistita per avere un figlio



10 mila
gli italiani che ogni anno
emigrano all'estero per la
fecondazione assistita

**La classifica delle mete
del turismo procreativo**

- 1 Spagna
- 2 Svizzera
- 3 Repubblica Ceca
- 4 Belgio
- 5 Grecia
- 6 Austria
- 7 Ucraina
- 8 Gran Bretagna
- 9 Danimarca
- 10 Stati Uniti
- 11 India

La Corte: «Ma i tribunali possono ricorrere»

Fecondazione, la Consulta mantiene il divieto all'eterologa

Amabile, Galeazzi e Russo A PAGINA 7

Fecondazione eterologa in Italia resta il divieto

La Consulta non si pronuncia e rimanda all'ultima sentenza di Strasburgo: sulla materia ogni Paese europeo è libero di legiferare in modo autonomo

il caso

FLAVIA AMABILE
ROMA

Sulla fecondazione eterologa la Corte Costituzionale alla fine ha preso tempo. Non ha bocciato il divieto di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo sancita dalla legge 40 del 2004, ma ha invitato a rivedere i ricorsi alla luce delle novità emerse dopo la pronuncia della Corte europea dei Diritti dell'uomo del 3 novembre 2011 secondo cui nei Paesi europei il divieto è lecito e, quindi, ogni Paese europeo può decidere come regularsi senza per questo ledere la parità di trattamento dei cittadini europei.

Era attesa per oggi la sentenza sulla legittimità costituzionale della legge 40 sollevata dai tribunali di Firenze, Catania e Milano. La Corte ha risposto con questa sentenza e chiedendo di restituire quindi ai tribunali gli atti sul divieto di procreazione assistita di tipo eterologo e quindi la decisione.

SCelta INTERLOCUTORIA

La Corte costituzionale ha restituito gli atti ai Tribunali che avevano sollevato il caso

La norma della legge 40 prevede che possano accedere alle tecniche in questione le coppie infertili e steri-

li, ma vieta alle coppie sterili che non hanno gameti idonei per una gravidanza, l'accesso alla donazione di gameti. Nelle questioni di legittimità sollevate dai tre tribunali si sottolineava il rischio di irragionevoli disparità di trattamento fra le coppie che per soddisfare il loro desiderio di un bambino potevano ricorrere alla fecondazione con donazione di gameti in vivo (ammessa dalla legge austriaca) e quelle che potevano ricorrere solo alla fecondazione con donazione di gameti in vitro (invece vietata dalla legge austriaca).

Una decisione «positiva», dicono gli avvocati Filomena Gallo (segretario dell'Associazione Luca Coscioni), Giandomenico Caiazza e Gianni Baldini, legali della coppia per cui il Tribunale di Firenze ha sollevato il dubbio di costituzionalità: «I giudici della Corte hanno respinto le obiezioni presentate dall'Avvocatura dello Stato che negavano il vizio di legittimità costituzionale del divieto di eterologa. E la Corte Costituzionale ha accolto le nostre obiezioni che avevano sottolineato come

la decisione della Grande Camera si riferisse ad un procedimento relativo alla legge austriaca, che prevede un divieto parziale di applicazione di tecniche eterologhe, e invitasse gli stati membri a tener conto dell'evoluzione scientifica delle tecniche di fecondazione assistita eterologhe».

In realtà si dice soddisfatto anche Carlo Casini, presidente del Movimento per la vita, perché «la sentenza finale infatti nega che il divieto di "pma" eterologa violi i diritti umani e di con-

sequenza lascia liberi gli Stati di decidere sulle modalità della pma. E questo legittima le scelte che in Italia erano state fatte con la legge 40. In definitiva la fecondazione eterologa nel nostro Paese resta vietata e probabilmente in via definitiva».

Tutti soddisfatti davvero o decisione «pilatesca» come denunciano Il Codacons e il professore Severino Antinori? «Decisione interlocutoria», la definisce l'ex presidente della Corte Co-

GLI SPIRAGLI

Da un fronte all'altro, le parti in causa si dichiarano soddisfatte: «È tutto aperto»

stituzionale Valerio Onida, secondo cui «la decisione della Consulta non boccia la questione di incostituzionalità ma non salva nemmeno la legge 40». Nel mondo politico a dichiararsi soddisfatti dalla sentenza sono solo esponenti del Pdl. Nel Pd, invece, molti hanno chiesto un intervento legislativo. Secondo Ignazio Marino, «la vicenda non è affatto chiusa. La decisione non conclusiva della Consulta va rispettata ma potrebbe lasciare spazio a un ravvedimento della politica: la legge è stata approvata sei anni fa con motivazioni puramente ideologiche». Parole simili arrivano anche dall'Idv. «La sentenza ha ribadito il rispetto dell'autonomia dei singoli stati e la necessità che le leggi si adeguino ai cambiamenti tecnologici e culturali», ha avvertito Antonio Palagiano, responsabile Sanità del partito.



Sulla fecondazione la battaglia è destinata a proseguire

La Legge 40



Accesso alla procreazione assistita

Consentito solo nei casi di **sterilità documentata** e non risolvibile terapeuticamente



Diagnosi preimpianto

Vietata nella prima stesura della legge, è **stata poi consentita** dalle linee guida del 2008



Quali coppie

Coppie di fatto, oltre

a quelle coniugate, purché maggiorenni in età potenzialmente fertile



Sperimentazione

Vietate clonazione umana, sperimentazione e tecniche che possano alterare il patrimonio genetico



Embrioni

Autonomia del medico nel decidere il **numero**

di embrioni da impiantare



No all'eterologa

Vietato l'utilizzo di gameti di **persone estranee** alla coppia

Centimetri - LA STAMPA



di proporre il test a tappeto, appena varcata la soglia dei 50, i pazienti dovrebbero essere informati in modo corretto.

Quanto allo screening per il cancro al colon con la ricerca del sangue occulto, il test è sicuramente utile e sono pochi i falsi positivi che inducono a controlli più invasivi: su ogni mille persone sottoposte a controlli, ben 3 i decessi evitati per tumore in oltre 13 anni. Sembrano pochi, ma su 100 mila persone le morti evitate sono 300. E La Tac spirale per il cancro al polmone? Un editoriale sul «New England Journal of Medicine» ha concluso che in base ai risultati non si può raccomandare lo screening di routine. Di solito si suggerisce di fare la Tac ai grandi fumatori, ma i falsi positivi possono essere numerosi.

Il messaggio finale? Raccogliere informazioni, chiederle al proprio medico e, chiarito ogni dubbio, si può decidere. «Dare un'informazione completa su rischi e benefici è la sola premessa a una scelta consapevole. Ma non sempre le lettere di invito a uno screening lo fanno. Il tono - conclude Giovanni Peronato, medico del gruppo dei "Nograzie" - è spesso perentorio e si citano solo i benefici».

BRACCIO DI FERRO Tredici diocesi Usa contro il presidente

Obama scivola sulla pillola: i vescovi gli fanno causa

I presuli contestano la riforma sanitaria che impone anche agli istituti cattolici di pagare i contraccettivi alle dipendenti

PREOCCUPATO

In campagna elettorale c'è il forte rischio di una rivolta dei fedeli

INCOSTITUZIONALE

Per il cardinale Doyle «si mette in discussione la libertà di religione»

il casodi **Roberto Fabbri**

Finisce in tribunale il braccio di ferro, cominciato all'inizio dell'anno, tra la Chiesa cattolica americana e la Casa Bianca sulla questione dei contraccettivi. Nell'ambito della riforma sanitaria fortemente voluta dal presidente Barack Obama, infatti, anche gli istituti cattolici sono adesso tenuti a rifondere le spese mediche sostenute dalle proprie dipendenti per i contraccettivi. Un'imposizione che la Chiesa respinge, considerandola palesemente contraria ai propri principi. Per questa ragione dodici vescovi cattolici, a nome di 43 organizzazioni cattoliche operanti in tredici diocesi degli Stati Uniti, hanno presentato un ricorso a un tribunale federale. Si appellano al primo emendamento costituzionale, che sancisce la libertà di espressione e di religione, e sostengono che il dipartimento della Sanità lo viola costringendo gli istituti cattolici a «sacrificare le loro convinzioni in modo da poter continuare la loro missione di essere al servizio dei bisognosi».

È una questione «che riguarda la libertà di religione, non la contraccettazione», spiega il cardinale Timothy Dolan, presidente della

Conferenza episcopale e assiduo critico dell'inquilino della Casa Bianca: recentemente era stato lui a contestare il sostegno di Obama alle nozze gay, ricordando che «il matrimonio è solo quello tra un uomo e una donna» e che negando questo principio il presidente degli Stati Uniti «si mette contro tutta una tradizione umanistica».

Obama riteneva probabilmente di aver disinnescato la disputa, che nelle prime settimane dell'anno era stata molto accesa, decidendo di trasferire l'onere di coprire le spese per i contraccettivi dal datore di lavoro alle assicurazioni. Ma ai dodici vescovi cattolici questo non dev'esser parso sufficiente, rimanendo immutata per la Chiesa la sostanza di dover provvedere economicamente per le proprie dipendenti a una pratica che la sua dottrina condanna.

La riapertura del braccio di ferro rischia di creare problemi a Obama, soprattutto in periodo di campagna elettorale. Il presidente sta già gestendo sullo stesso fronte la delicata questione del sostegno ai matrimoni omosessuali, e deve evitare il rischio di essere percepito dall'elettorato cattolico come troppo distante dalle loro posizioni. Nel 2008 aveva ottenuto il voto del 54 per cento dei cattolici, ma questo sostegno è in calo: tra marzo e aprile è sceso dal 45 al 37 per cento. Va detto che Obama si era mosso con circospezione e lo sta ancora facendo, tanto è vero che è tuttora in corso la rac-

colta da parte della Casa Bianca di pareri in vista ulteriori compromessi sulla misura contestata, che non entrerà comunque in vigore prima dell'agosto 2013. Oltre a questo, esiste anche la possibilità che la stessa riforma sanitaria nel suo insieme (di cui la misura sui contraccettivi fa parte) possa essere rigettata dalla Corte Suprema nonostante sia già stata approvata dal Congresso.

Quanto all'impatto sull'elettorato cattolico che il rinvio in tribunale della misura dell'Amministrazione Obama potrà effettivamente avere, si possono fare due tipi di considerazioni. Da una parte la Casa Bianca può minimizzarne la portata, considerato che dodici vescovi che l'iniziativa legale dei tredici diocesi americane su un totale di 195 costituiscono una netta minoranza: e questo nonostante tra i ricorrenti ci siano le arcidiocesi di New York e di Washington. Dall'altra deve comunque preoccuparsene, perché rimane il valore fortemente simbolico dell'iniziativa, in ogni caso sufficiente a far sì che la questione venga considerata come aperta dall'opinione pubblica.



Il problema. Le Regioni temono tagli oltre la spending review

Nuovo stop al riparto dei fondi sanitari

■ Nuovo stop del Governo al riparto tra le Regioni dei 108 miliardi destinati alla sanità per il 2012. «Servono approfondimenti», è stato il brusco altolà dato ieri dal ministero dell'Economia ai governatori. Che per tutta risposta, senza aver ricevuto altra spiegazione dal Governo, hanno abbandonato la Stato-Regioni e rinnovato la richiesta di un «incontro urgente» al presidente del Consiglio, Mario Monti.

La preoccupazione sempre più concreta dei governatori è che, insieme alla spending review (sempre ieri bocciata sia dalle Regioni che dai Comuni), stiano per scattare altri tagli alla spesa sanitaria. Secondo indiscrezioni si parla di interventi per circa 1,5 miliardi da raschiare fin da quest'anno, a partire dagli «obiettivi di piano» (oltre 1,4 miliardi) pure bloccati dal Governo. Una situazione che rende sempre più incandescente il confronto sulla sanità, tanto più in vista del «Patto per la salute» che già si porta appresso 8 miliardi di tagli per il 2013-2015.

Le reazioni dei governatori sono state unanimi e immediate, in un coro di contestazioni al Governo. «Il nuovo rinvio è incomprensibile e grave - ha dichiarato il rappresentante dei governatori, Vasco Errani (Emilia Romagna) -. I

pagamenti alle imprese sono da velocizzare, non da rallentare. Serve una leale collaborazione». Una decisione «grave e straordinariamente pesante anche dal punto di vista istituzionale», ha aggiunto Roberto Formigoni (Lombardia). Mentre secondo Luca Zaia (Veneto) «è uno sgarbo istituzionale, così Monti danneggia il Paese». Altri tagli «sarebbero insostenibili, il fondo sanitario non è un bancomat», ha attaccato l'assessore emiliano alla Sanità, Carlo Lusenti. «Un dileggio istituzionale», per l'assessore lombardo al Bilancio, Romano Colozzi.


Insomma, è guerra aperta. E al ministero della Salute, sponsor del riparto immediato dei fondi frenato dall'Economia, sale la preoccupazione. Anche se il ministro **Renato Balduzzi** dichiara al Sole 24 Ore: «Confidiamo di portare a conclusione questa vicenda entro il mese». Ammette la gravità del momento il ministro degli Affari regionali, Piero Gnudi: «Sono consapevole della delicatezza dell'argomento e della rilevanza delle risorse in discussione. Sarà mio massimo impegno riannodare il filo del dialogo per tornare per individuare al più presto soluzioni il più possibile condivise».

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RITOCCHI ESTETICI VIETATI SUI MINORI IL BUONSENNO IMPOSTO DALLA LEGGE

 Quello che il buonsenso di genitori e chirurghi estetici non fa, lo farà la legge. La Camera ha appena approvato un provvedimento che vieta gli interventi al seno, a soli fini estetici, sulle ragazze al di sotto dei 18 anni di età, introducendo pesanti sanzioni per i medici che non rispettano le norme.

Non si sa se essere soddisfatti o no. È triste il fatto che minorenni, in nome dell'estetica del corpo e della civiltà dell'immagine, che promuove veline, meteorine e altri tipi di -ine (ma, forse, quest'epoca è sul viale del tramonto: le ragazze dovrebbero adattarsi e la nuova legge potrebbe essere obsoleta), si sottopongono a interventi che ne alterano la fisionomia. Fisionomia con cui, invece, dovrebbero imparare a convivere, cogliendone gli aspetti positivi e gestendo quelli negativi (naturalmente stiamo parlando di «normalità»: i veri deficit fisici, quelli che compromettono la vita di una persona, hanno tutto il diritto di essere corretti con le tecniche della moderna chirurgia). È inconcepibile che madri e padri investano soldi per questo tipo di cose (ma ci sono ancora questi soldi?), magari

come regalo di Natale o di compleanno, per avere una figlia perfetta (fra parentesi, ai maschi che cosa offre l'ultramoderna chirurgia estetica?). Non dovrebbero, invece, preoccuparsi dell'istruzione che è sempre stata (e speriamo che lo sia ancora da qui in avanti) il migliore investimento per il futuro dei figli?

È disdicevole (ma qui c'è il business e c'è poco da discutere) che qualche specialista venga meno al vecchio Giuramento di Ippocrate che tutti i medici accettano, quando si laureano, e che recita: primum non nocere, non fare mai male ai tuoi pazienti. Un intervento chirurgico, per definizione, è qualcosa che «aggredisce» il corpo: richiede un'anestesia che comporta rischi, presuppone l'uso di un bisturi che taglia, prevede l'impiego di farmaci. Allora: se si tratta di una questione di sopravvivenza tutto va bene. Ma se il problema è compere un reggiseno di una taglia in più (o in meno, ma questo sembra essere il problema minore), come la mettiamo?

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Approccio di genere in Sanità

CORTE DEI CONTI

Lavoro, costi imbrigliati

Personale sanitario: paghe stabili - Allarme produttività

Hanno funzionato anche nel Ssn le misure anti-spesa attuate negli ultimi anni nel pubblico impiego: nel 2010 il personale della Sanità non è cresciuto e le retribuzioni sono aumentate solo dell'1,1%, complice il secondo biennio economico dei dirigenti.

Ma la relazione della Corte dei conti sul costo del lavoro pubblico lancia l'allarme produttività: tagliare non basta, bisogna puntare su efficienza e meritocrazia.

A PAG. 10

Nella relazione della Corte dei conti al Parlamento il trend nel pubblico impiego

Stabile il costo del lavoro Ssn

In calo manager e dirigenti - Spesa 2010: +1,1% - Allarme produttività

Cala il personale della Sanità, soprattutto dirigenti di struttura complessa e manager. Crescono lievemente (+1,3%) le retribuzioni, ma è soltanto l'onda lunga del rinnovo del secondo biennio economico della dirigenza. Perché il Servizio sanitario nazionale risente e risentirà delle manovre per ridimensionare il costo del lavoro pubblico che si sono susseguite dal 2008 in poi. I cui effetti sul complesso del pubblico impiego sono già tangibili: la spesa totale per redditi da lavoro dipendente è scesa dell'1,2% nel 2011, a quota 170,052 miliardi; il rapporto tra la spesa e il Pil dovrebbe arrivare nel 2014 sotto il 10%, inferiore al valore minimo registrato nell'ultimo decennio (10,5% nel 2001); ogni italiano nel 2010 ha speso 2.849 euro per finanziare i dipendenti della Pa, più di un tedesco ma molto meno di un belga, un francese o un olandese.

La relazione della Corte dei conti sul costo del lavoro pubblico, presentata la scorsa settimana, riconosce gli sforzi anti-spesa degli ultimi anni. Ma lancia un allarme serio: «In un contesto caratterizzato dalla perdita di competitività del sistema Italia preoccupanti segnali riguardano la produttività del settore pubblico». Perché tagliare non basta: occorre recuperare efficienza e introdurre la meritocrazia.

Analizzando i dati aggiornati al 2010 della Ragioneria generale dello Stato, sul Ssn, accanto alle misure anti-spesa della Finanziaria 2007, hanno pesato il Patto per la salute e la Finanziaria 2010. Il personale del comparto, assorbito per il 93,5% dagli organici delle aziende sanitarie, ammonta a 728.723 unità, con un calo dello 0,7% rispetto al 2009, ascrivibile alla riduzione della dirigenza medica e del personale non dirigente con i processi di accorpamento delle Asl. Più consistente la flessione dei dirigenti di strutture complesse (-5,6%), mentre stabili appaiono i dirigenti di strutture semplici (-0,4%). I direttori (manager e vertici dei servizi sociali) si riducono in tre

anni del 13%.

«Coerente con tali politiche - scrive la Corte dei conti - si presenta anche la modesta flessione del personale non dirigenziale che mostra una maggiore dinamicità nell'ambito del personale tecnico e ammi-

nistrativo rispetto al personale infermieristico, sostanzialmente stabile nel triennio». Un trend riconducibile alle deroghe al divieto di assunzione per gli infermieri. Contribuiscono alla stabilità della consistenza del comparto anche le stabilizzazioni (circa 5.928 nel 2009) che però non hanno evitato un significativo ricorso al personale a tempo determinato, «indice di una sofferenza nel garantire la continuità nell'erogazione dei servizi». La spesa complessiva per il personale della sanità mostra invece una modesta crescita (1,3%, a 27,3 miliardi) legata al rinnovo del secondo biennio economico 2008-2009 della dirigenza.

Ma contenere i costi è sufficiente, in sanità come nel resto del pubblico impiego? «L'approccio alla materia in termini esclusivamente finanziari - scrive la Corte - mette in ombra le specifiche finalità alle quali dovrebbero ispirarsi le politiche di personale». La fretta di tagliare ha favorito «elementi di rigidità» che cozzano contro l'esigenza di politiche che privilegino una dinamica retributiva coerente con i vincoli di finanza pubblica ma anche capace di far recuperare produttività (tasto dolentissimo) e di migliorare i servizi. Pollice verso anche sull'intesa sugli statali appena siglata tra Governo, Regioni, Province, Comuni e sindacati. «Il contenuto - si legge nella relazione - suscita perplessità nella parte in cui rimette in discussione il percorso già avviato per la costruzione di un sistema di valutazione della performance delle amministrazioni e del merito individuale dei dipendenti». Brunetta addio, si riparte da zero.

Manuela Perrone



I dati su personale e retribuzioni nel Ssn

| Categoria | Unità di personale | | Retribuzioni (euro/anno) ¹ | |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
| | 2010 | Var. % 2010/09 | 2010 | Var. % 2010/09 |
| Direttori² | 831 | - 6,4 | 139.030 | 1,3 |
| Dirigenza medica Area IV | 117.250 | - 1,3 | 73.880 | 2,5 |
| Struttura complessa | 9.647 | - 5,6 | 104.960 | 2,1 |
| Struttura semplice | 19.642 | - 0,4 | 79.836 | 2,8 |
| Altri incarichi | 87.961 | - 1,0 | 68.995 | 2,6 |
| Dirigenza non medica Area III | 20.374 | - 1,7 | 64.980 | 2,9 |
| Struttura complessa | 2.824 | - 3,9 | 91.335 | 3 |
| Struttura semplice | 3.900 | 1,2 | 65.918 | 3 |
| Altri incarichi | 13.650 | - 2,0 | 59.161 | 2,8 |
| Personale non dirigente | 549.571 | - 0,6 | 30.072 | 0,3 |
| Personale infermieristico | 275.932 | - 0,3 | 32.442 | 0 |
| Pers. funzioni riabilitative | 20.641 | - 0,1 | 29.678 | 0,4 |
| Pers. vigilanza e ispezione | 12.410 | 0,9 | 33.750 | 0,9 |
| Pers. tecnico-sanitario | 36.877 | - 0,9 | 32.828 | 0,3 |
| Profili ruolo professionale | 369 | - 1,3 | 27.560 | -0,8 |
| Profili ruolo amministrativo | 76.262 | - 1,4 | 27.146 | 0,5 |
| Profili ruolo tecnico | 127.080 | - 0,8 | 25.684 | 0,6 |
| Pers. contrattista | 531 | - 12,8 | 21.786 | 4,4 |
| Totale tempo indeterminato | 688.557 | - 0,8 | 38.923 | 1,1 |
| Totale rapporto flessibile | 40.166 | - 0,6 | | |
| Totale comparto | 728.723 | - 0,7 | | |

1. Spesa per voci stipendiali e per indennità e competenze accessorie. Esclusi arretrati anni precedenti e indennità di esclusività; 2. Direttori generali, sanitari, amministrativi e dei servizi sociali.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Rgs-Igop



CASSAZIONE/ Scambiò un infarto per gastrite: confermata la condanna per omicidio colposo di un Mmg

Generalisti, vietato temporeggiare

È un'omissione «fatale» non prescrivere l'urgenza di un esame davanti a sintomi sospetti

Risponde di omicidio colposo di cui all'art. 589 del codice penale il medico curante che, ignorando i sintomi, diagnostica una semplice gastrite anziché un infarto, benché abbia valutato anche il rischio cardiaco senza prescrivere l'urgenza degli esami necessari.

È con questa motivazione che la Corte di cassazione, sez. IV penale, con **sentenza n. 14930/2012** del 18 aprile ha confermato il verdetto di colpevolezza a carico di un medico di famiglia emesso dalla Corte d'appello di Trento, con conseguente condanna al risarcimento del danno.

All'imputato era stato mosso l'addebito di aver escluso, in due visite compiute cinque giorni prima del ricovero e il giorno stesso, che i dolori al petto riferiti dal suo assistito fossero determinati da problemi car-

diaci e di aver, per contro, diagnosticato una gastrite e problematiche ansiose valutando anche però il possibile rischio cardiologico, tanto da prescrivere un esame non urgente. Chiamato al domicilio del paziente cinque giorni dopo e stante il perdurare della tachicardia e dei dolori al petto, diagnosticò una crisi ansiosa e prescrisse ansiolitici.

Il paziente, tuttavia, si recò spontaneamente al pronto soccorso dove gli venne diagnosticato un infarto cardiaco che lo portò poco dopo alla morte.

Proprio la prescrizione di una visita cardiologica, ritenuta dalla Corte indicativa della narrazione di un sintomo riferibile a una patologia cardiaca, e la descrizione dell'affezione da parte del paziente ai medici del pronto soccorso, secondo i giudici, deve portare alla conclusione che la sintomatologia

riferita avrebbe imposto sin dall'inizio accertamenti cardiologici più approfonditi. Per questo la condotta del medico è stata giudicata gravemente imprudente.

La difesa del medico ha sostenuto invano che, poiché la famiglia non autorizzò l'autopsia e i periti ritennero che non fosse possibile sapere con certezza se il trattamento tempestivo avrebbe modificato l'evoluzione della malattia ed evitato il decesso, le conclusioni della Corte d'appello erano infondate. Non così la Cassazione, che ha ritenuto immune da vizi la decisione: correttamente i giudici di merito hanno evidenziato che, al momento della prima visita, il paziente non si trovava in stato di shock cardiaco acuto e non mostrava la grave generale compromissione riscontrata al momento del ricovero.

Pertanto, la patologia

avrebbe potuto essere felicemente affrontata con l'invio al vicino ospedale, dotato di un reparto adeguato al caso. In tale eventualità le possibilità di sopravvivenza sono state considerate vicine al 90 per cento. Il secondo e decisivo argomento, a danno del medico, è che questi valutò anche la patologia cardiaca tant'è che prescrisse, senza urgenza, un esame cardiologico. Dunque a maggior ragione un adeguato inquadramento clinico già in occasione di tale primo esame avrebbe condotto a esito fausto il trattamento del caso.

Il giudizio di probabilità logica sull'effetto salvifico delle condotte omesse conduce a ritenere ragionevolmente dimostrata la risolutività di una condotta conforme alle "leges artis".

Paola Ferrari



Dopo le critiche di Fnom, Ipasvi e Conaps il ministero apre a modifiche al documento

Infermieri, testo da rivedere

I tecnici: «Nessuna volontà di contaminazione tra competenze diverse»

Uniti alla meta. Il chiarimento di mercoledì scorso tra il **ministero della Salute** e il Coordinamento nazionale delle professioni sanitarie (Conaps) nell'ambito di Exposanità, a Bologna, ha fornito ai tecnici di Lungotevere Ripa l'occasione per chiarire come si sia arrivati al testo di riordino della professione infermieristica e quali sviluppi ci si possa attendere.

A frenare i mal di pancia espressi dal presidente Conaps **Antonio Bortone** sono arrivati sia la lettera del coordinatore del tavolo ministero-Regioni **Saverio Proia** sia l'intervento di **Santina Amicone**, direttore vicario della Dg Professioni sanitarie al ministero. «Se avevamo capito male, ecco l'occasione di chiarirci - era stata la premessa di Bortone -. Il nostro intento non è di far naufragare questo processo, in quanto vetusti resistenti al cambiamento, ma di essere attivi e proattivi con le istituzioni, come già accaduto 18 anni fa alla stesura dei profili professionali. Abbiamo una forte esperienza di lavoro con il ministero, partiamo da qui, ma sappiamo che il ministero deve essere arbitro competente, presente e disponibile al confronto. Altrimenti la confusione regnerà sovrana».

La bozza di documento era stata già bocciata dalla Fnomceo. Il testo delineerebbe «un processo evolutivo della professione infermieristica di fat-

to ricondotto e compresso in un demansionamento di alcune attività e competenze del medico e marginalmente di altre professioni sanitarie per approdare, non senza ambiguità di definizioni, a palesi incongruenze tecniche e irrisolti profili di responsabilità professionale, a un "neo mansionario perimedicato" dell'infermiere», aveva scritto il presidente **Amedeo Bianco** nella relazione al Consiglio nazionale dell'11 maggio scorso. Bianco apre però al dialogo e tende la mano agli stessi infermieri. «Non deve stupire - ha infatti ricordato nella sua relazione - che la stessa professione infermieristica abbia espresso sia nel merito tecnico sia nella prospettiva profonda riserve su questo progetto ritenendo, non a torto, alquanto complicato praticare l'autonomia dell'esercizio professionale in contesti operativi lontani dalle sue specifiche e autonome radici culturali e formative e soprattutto dalla sua mission professionale che è quella di definire e gestire i bisogni assistenziali della persona».

L'Ipasvi, che al momento in cui si va in stampa sta per pronunciarsi nell'ambito del Consiglio nazionale fissato per il 18 maggio, fino a oggi ha sospeso il giudizio. Ma con ogni probabilità chiederanno di rimetterci mano eliminando gli aspetti più limitativi per la professione.

Intanto, nella lettera inviata alle pro-

fessioni sanitarie riunite nel Conaps, il coordinatore del tavolo ministero-Regioni **Saverio Proia** ha respinto ogni accusa di voler fare una "riedizione del mansionario". Si tratterebbe anzi di introdurre funzioni ulteriori e avanzate rispetto a quelle previste attualmente che non vengono ridimensionate anzi esaltate, non cristallizzate da una legge ma soggette a evoluzione, verifica e monitoraggio. Non c'è alcuna volontà di contaminazione delle competenze proprie tra ciascuna delle 22 professioni sanitarie: se nei testi in giro ne è stata riscontrata qualcuna, segnatecela: si tratta di un errore materiale che si è disponibili a correggere subito. «Abbiamo operato d'urgenza - ha spiegato poi **Santina Amicone**, direttore vicario della Dg delle professioni sanitarie al **ministero della Salute**, presente a Bologna - su espressa richiesta delle Regioni e del territorio. L'errore - se così si può definire - è che non è stata data una chiave di lettura».

Il lavoro del tavolo tecnico ministeriale ha riguardato in particolare gli infermieri, ma sarebbero già stati individuati altri 5 profili da analizzare: fisioterapisti, tecnici audiometristi e audioprotesisti, tecnici sanitari di radiologia medica e tecnici di laboratorio biomedico.

Barbara Gobbi



Fecondazione eterologa, atti rinviati ai tribunali

La Corte Costituzionale non boccia la legge che vieta la fecondazione eterologa ma restituisce gli atti ai tribunali: «Occorre valutare se infrange la Costituzione italiana».

► pagina 14

Consulta. Ricorsi ammessi ma da riformulare in base alla sentenza di Strasburgo

Fecondazione eterologa, confermato il no (per ora)

Marzio Bartoloni

■ La Corte costituzionale salva, almeno per ora, il divieto di fecondazione eterologa: la possibilità, cioè, di ricorrere a un seme o un ovulo esterno alla coppia. Ieri la Consulta ha deciso di restituire gli atti ai tribunali di Firenze, Catania e Milano che avevano sollevato la questione di legittimità costituzionale invitandoli a valutare la questione alla luce della sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo dello scorso novembre - quindi successiva ai ricorsi - che in sostanza aveva giudicato legittimo per i Paesi vietare la fecondazione eterologa.

La decisione degli ermellini è dunque interlocutoria perché se da una parte non boccia i ricorsi promossi da alcune coppie sterili dall'altra tiene in piedi il divieto anche sulla base di quanto deciso dai giudici europei per i quali la scelta dei Paesi di vietare l'eterologa non viola i diritti fondamentali dell'individuo. Per il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, la Corte ha voluto così «valorizzare» la decisione dei "colleghi" di Strasburgo per i quali ogni paletto sull'eterologa «è materia di legittima competenza nazionale» e quindi ora dei tribunali che do-

vranno «valutare se e in quali termini riproporre la questione di legittimità costituzionale». Per Gianni Baldini, uno degli avvocati della coppia di Firenze, la decisione di ieri non è comunque «negativa perché la Consulta poteva giudicare legittimo il divieto, invece ora i tribunali sulla base di valutazioni fondate sulla nostra Costituzione e non solo sul parametro europeo potranno dimostrare l'inconstituzionalità del divieto». Di tutt'altro avviso Eugenia Roccella ex sottosegretario alla Salute: «Anche se non lo è formalmente - avverte il deputato Pdl

- , nella sostanza la questione è chiusa». E se l'associazione «Scienza e Vita» è convinta che la Consulta abbia garantito «il diritto del nascituro a riconoscere i propri genitori», per Antonio Palagiano (Idv), Livia Turco e Ignazio Marino (Pd) il Parlamento «deve rivedere la legge» che dal 2004 regola la procreazione assistita. E che è già finita altre quattro volte sui banchi della Corte costituzionale: allora i giudici bocciarono l'obbligo di impianto dei tre embrioni, i divieti di congelamento e di analisi pre-impianto.

Screening sempre d'obbligo?

Studi Usa: dalla mammografia al Psa per la prostata, ecco i casi controversi

**Lisa Schwartz
Steven Woloshin**
Medici

NUOVA FILOSOFIA
«Si decide caso per caso
dopo aver raccolto
molte informazioni»

RUOLO: SONO PROFESSORI DI MEDICINA
GENERALE AL DARTMOUTH INSTITUTE
(NEW HAMPSHIRE)
IL LIBRO: «KNOW YOUR CHANCES:
UNDERSTANDING HEALTH STATISTICS»
UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS



GIANNA MILANO

Prevenire è meglio che curare». Lo slogan è diventato un mantra, che ha spinto a un consumismo sanitario non sempre sinonimo di benessere. Ora, negli Usa, nove tra i maggiori gruppi di specialisti di varie discipline hanno redatto un elenco di 45 test e procedure che spesso non portano beneficio ai pazienti, anzi possono fare danno. A riferirlo sul «New York Times» sono Lisa Schwartz e Steven Woloshin del Dartmouth Institute per la politica sanitaria e la pratica clinica, autori del libro «Know Your Chances: Understanding Health Statistics». Tradotto con una parafrasi: se vuoi conoscere le tue probabilità di vivere in salute, devi prima capire le statistiche.

Tra gli esempi di test inutili? La Tac per l'emicrania o i raggi X per il mal di schiena. La medicina è pervasa dai numeri (per pressione, colesterolo, glicemia, Psa, densità minerale dell'osso...) e il rischio è di essere etichettati come malati solo in base a questi numeri, magari senza essere visti da un medico. «Negli anni i valori per colesterolo e pressione del sangue sono stati abbassati e la schiera dei probabili sani che si credono malati è cresciuta. La prevenzione più facile? Prendere una pillola al giorno, ma non cambiare stile di vita», osserva Marco Bobbio, cardiologo e autore del saggio «Il malato immaginato».

Il paziente, o presunto tale,

è quello «immaginato» da chi vuol spingere al consumo di farmaci, test e screening di massa: dalla mammografia alla colonscopia, fino al test per il Psa. Screening proposti per giocare d'anticipo sul cancro, ma i cui benefici vengono ora messi in discussione sulle riviste scientifiche. Certo, il ragionamento non fa una grinza: prima si fa la diagnosi di tumore, più vite si salvano. E più controlli si fanno e meno chances si danno al cancro di svilupparsi: è provato per il Pap test che protegge dal cancro all'utero, ma non per tutti. «Spesso scovare il tumore per tempo non basta. La terapia dev'essere efficace, se iniziata precocemente. Ma non sempre è così. In certi tumori funziona anche se cominciata tardi. È il caso del cancro al testicolo, oggi curabile a ogni suo stadio, ragione per cui non si spinge allo screening per questo tipo di neoplasia», dicono Schwartz e Woloshin.

Inoltre, purtroppo, alcuni dei tumori più cattivi non sono individuati con lo screening. Compaiono d'improvviso e sono difficili da curare. L'unico modo per sapere se il test funziona è mettere a confronto in studi clinici, detti «randomizzati», le morti per tumore di persone sottoposte a screening per anni e altre no. «Su mille donne di 50 e più anni, che si sottopongono ogni due e per 10 anni a mammografia, il numero assoluto di quelle che avranno evitato il decesso per tumore al seno sarà pari a 0,5 (visione pessimista) o al massimo a 2 (visione ottimista), rispetto ad altre mille donne che non lo hanno fatto. Quindi 999,5 donne (o 998) sulle 1000 che hanno partecipato allo screening mammografico non

trarranno beneficio in termini di mortalità evitata», spiega Gianfranco Domenighetti, docente di economia e politica sanitaria alle università della Svizzera italiana e di Losanna. «Senza contare - aggiunge - che, oltre ai falsi positivi e ai falsi negativi, ci saranno da 2 a 10 donne avranno una diagnosi di forme pre-invasive di cancro al seno che non avrebbero causato sintomi o decessi nel corso della vita».

Il rischio della «sovradiagnosi» è che porta in certi casi a essere trattati inutilmente come se si avesse un tumore, dovendosi sottoporre a interventi e chemioterapie non necessari. «Lo screening trova molti tumori inoffensivi e lesioni precancerose che sarebbe meglio non trattare e trasformare inutilmente donne in malate di tumore», ha detto alla Bbc Peter Göttsche, del Centro Nordico Cochrane di Copenhagen, in Danimarca, e autore di un saggio sullo screening mammografico.

Intanto la potente «National Breast Cancer Coalition» americana, in prima fila nella battaglia contro il tumore al seno, ha dichiarato: «Non ci sono evidenze sufficienti per raccomandare di fare o non fare la mammografia a tutte le donne in qualsiasi fascia di età». E la «U.S. Preventive Services Task Force», un gruppo di esperti che valuta le evidenze di prevenzione clinica, ha concluso che il rapporto rischio-beneficio per il test del Psa, l'antigene prostatico specifico, non è favorevole allo screening di routine negli uomini. «Anche in questo caso il rischio è un eccesso di false diagnosi di tumore alla prostata e di una vita da ammalati di persone sane», sostengono Schwartz e Woloshin. Invece

Arrivano le "pallottole molecolari" contro fibrosi cistica ed emofilia

I test al Centro di ingegneria genetica Igeeb di Trieste per la sintesi delle proteine

**Franco
Pagani
Geriatra**

RUOLO: E' RESPONSABILE
DEL LABORATORIO DI GENETICA
MOLECOLARE UMANA
DELL'IGEEB DI TRIESTE
E MEMBRO DELL'OSSERVATORIO
MALATTIE RARE



VALENTINA ARCOVIO

Così come l'iniettore regola il flusso del carburante indispensabile per far camminare l'auto, anche i nostri geni usano una sorta di «iniettore cellulare», che regola la corretta produzione di proteine indispensabili per l'organismo. Solo che, quando questo iniettore, chiamato «splicing», non funziona più, ripararlo non è facile come fa il meccanico con l'auto. E' certamente più complicato, ma non impossibile. In uno studio finanziato da Telethon e dalla Fondazione italiana fibrosi cistica il Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologie (Igeeb) di Trieste ha sviluppato particolari «pallottole molecolari», a base di piccoli Rna, mirate a risolvere questo difetto genetico, responsabile di tre gravi malattie: la fibrosi cistica, l'atrofia muscolare spinale (Sma) e l'emofilia. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista «Human Molecular Genetics».

Il team triestino, in collaborazione con l'Università di Ferrara, ha sperimentato in laboratorio queste speciali pallottole in grado di «riparare» l'«iniettore cellulare» deputato alla corretta sintesi delle proteine. «Dobbiamo pensare ai nostri geni - spiega Franco Pagani, responsabile del Laboratorio di Genetica Molecolare Umana dell'Igeeb e membro del comitato scientifico dell'Osservatorio Malattie Rare - come a una sequenza di informazioni discontinua: solo una por-

zione del suo contenuto va effettivamente tradotta in proteina. Quando un gene viene copiato in Rna messaggero, prima che questo faccia da stampo per la sintesi proteica alcune sue parti vengono rimosse da un macchinario cellulare specializzato: questa attività è appunto lo «splicing» ed è importante che avvenga con assoluta precisione». Nei pazienti affetti da alcune malattie genetiche rare ci può essere un difetto genetico che compromette la corretta rimozione dei pezzi dell'Rna messaggero, portando quindi alla produzione di una proteina difettosa.

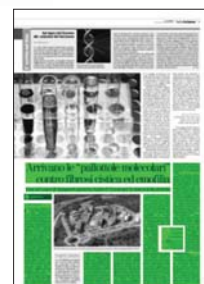
«E' quello che succede - sottolinea l'esperto - in quasi il 99% dei casi di fibrosi cistica e in piccola percentuale anche nei casi di Sma ed emofilia». Da qui l'idea dei ricercatori di creare pallottole molecolari, mirate direttamente a correggere il difetto. «Per ripristinare un corretto «splicing» dei geni che risultano difettosi in queste malattie - spiega Mirko Pinotti, che ha coordinato il gruppo dell'Università di Ferrara - abbiamo sfruttato dei piccoli Rna chiamati U1 snRNA che, opportunamente manipolati, sono capaci di apparirsi in modo specifico al gene bersaglio e guidare correttamente il macchinario addetto allo «splicing», evitando così che vengano rimosse porzioni che, invece, vanno mantenute nella proteina matura. Nel caso dell'emofilia i livelli di correzione raggiunti, se ottenuti nei pazienti, sarebbero abbondantemente sopra la soglia terapeutica». Per questa patologia specifica, poi, una nuova strategia potrebbe significare tanto, considerato che solo il 25% dei malati di emofilia del mondo, come de-

nuncia la FedEmo, hanno accesso alle cure. Certo non siamo arrivati a una nuova cura miracolosa, ma i presupposti ci sono.

Il nuovo sistema, già brevettato, ha funzionato perfettamente sulle cellule, consentendo ai ricercatori di ripristinare i livelli sufficienti di proteina. Ma attenzione a non confondere questa strategia con la classica terapia genica. «Il sistema - sottolinea Pagani - ci permette di correggere il difetto genetico direttamente in loco, lasciando quindi il gene nel suo contesto e mantenendone così i naturali meccanismi di regolazione». Praticamente è come quando il meccanico ripara l'iniettore dell'auto senza cambiare tutto il motore.

Potenzialmente questo stesso sistema potrebbe essere utile anche a trattare malattie genetiche dovute a difetti in geni molto grossi e complessi. Inoltre, potrebbe consentire di trattare anche malattie a eredità dominante, dove il risultato del difetto genetico non è l'assenza di una proteina, ma la presenza di una proteina anomala dagli effetti tossici.

«Prossimo obiettivo - conclude Pagani - sarà perfezionare ulteriormente questa tecnica e verificarne l'efficacia anche nel modello animale di queste malattie veicolando i piccoli Rna in vettori virali. Potenzialmente sono tante le patologie di origine genetica dovute a problemi di «splicing»: la speranza è quindi mettere a punto una strategia non solo mirata ma anche ad ampio raggio d'azione».



I test sugli animali? Perché sono indispensabili

GIACOMO RIZZOLATTI
UNIVERSITÀ DI PARMA

In questi giorni è uscito un libro di Andrea Moro, un brillante linguista, dal titolo «Parlo quindi sono». Mi è venuto in mente leggendo le dichiarazioni che vari «intellettuali» hanno rilasciato sulla sperimentazione animale. Parlano, quindi sono. Il contenuto? Il nulla: «betises». È difficile accettare che le stesse betises le dica la seconda carica dello Stato. Il senatore Schifani ha promesso che farà di tutto per ostacolare la sperimentazione animale. Il Presidente del Senato sa di cosa parla?

Torniamo alla sperimentazione animale. Gli argomenti dei suoi nemici (e del presidente del Senato) sono due. Uno: non serve; due: è una pratica che porta sofferenze.

La logica del «non serve» è sempre la stessa. Un farmaco X, sperimentato sugli animali, non ha avuto effetto o ha avuto effetti nocivi. Quindi: basta, sperimentiamo sugli esseri umani. È ovvia la fallacia dell'argomento. Da un caso singolo non si può dedurre nulla. Invece di aneddoti più o meno veritieri, vediamo i fatti: cosa ha prodotto effettivamente la sperimentazione sugli animali. Copio un elenco (parziale) da un documento dell'«American Medical Association». Mi limito alle scoperte degli ultimi decenni: scoperta del fattore RH del sangue; trattamento della lebbra e dell'artrite reumatoide, profilassi della poliomielite e della difterite, chirurgia a cuore aperto e pace-maker, chemioterapia anti-tumorale, uso terapeutico del cortisone, trattamento dell'insufficienza coronarica, trapianto di cuore e della cornea, scoperta di farmaci antidolorifici, utilizzo della ciclosporina e altri farmaci anti-rigetto, trapianto di cuore artificiale, anticorpi monoclonali.

Impressionante, ma è solo la punta dell'iceberg. Non ho elencato l'aspetto più importante della ricerca biomedica: le scoperte di base che permettono di conoscere i meccanismi che regolano la nostra vita e che rappresentano l'humus da cui

derivano, poi, le scoperte che hanno rilevanza clinica. Da questo humus è nata la scoperta delle staminali.

Immaginiamo che il senatore Schifani si ammali di Parkinson. Mettiamo caso che i farmaci anti-parkinsoniani non gli giovino. Andrà allora in un centro stereotassico e qui - sorpresa - verrà trattato come si trattano le scimmie negli esperimenti di neuroscienze. Subirà un piccolo intervento in anestesia e poi senza anestesia gli verrà mosso un elettrodo nel cervello. Non sentirà dolore. Poi, quando il chirurgo troverà un certo centro nervoso, verrà stimolato e guarirà. Tornerà al lavoro e (speriamo) non dirà più sciocchezze sulla sperimentazione animale. Questo è solo un esempio di come si può sperimentare senza anestesia e senza fare soffrire l'animale. Se ne possono fare molti altri con controparte umana.

È ovvio che, quando l'esperimento è condotto in anestesia, l'animale non sente dolore. La legislazione prevede però anche in questo caso una serie di norme molto rigide. Ogni esperimento deve avere una serie di approvazioni ministeriali e locali ed è controllato dai veterinari. Per i fondi europei vi è uno speciale comitato etico. Penso nessuna attività sia così controllata come la sperimentazione animale. Tutto ciò dovrebbe rassicurare gli amanti degli animali. C'è però un dettaglio. I controlli costano. La nuova legislazione europea cerca di equiparare i costi della ricerca nell'Ue in modo da rendere equa la concorrenza. Questo sfugge ad alcuni senatori che, per fanatismo, cercano di rendere la ricerca italiana più cara e meno competitiva. Geniali. Distruggiamo anche la ricerca biomedica.

Finisco con una nota. L'Accademia Europea ha pubblicato un articolo sull'animalismo. Mi colpì un dato. Nel Regno Unito vi sono 5 milioni di gatti: ognuno uccide ogni anno, di solito torturandoli, 7 animalletti. Ogni anno i possessori di gatti sono responsabili quindi dell'assassinio di 35 milioni di «creature senzienti». Onorevole Brambilla, lei che è tanto buona, cominci una campagna per sostituire i gatti con gentili coniglietti. La prego.

