Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura** 12/2016: 216.821 **Diffusione** 12/2016: 177.209 **Lettori** Ed. II 2016: 1.199.000

Quotidiano - Ed. nazionale

#### **LASTAMPA**

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

24-MAR-2017 da pag. 1 foglio 1 / 2 www.datastampa.it

# Nell'ospedale di Iseo dove da 15 anni non si può abortire

Su 29 ginecologi, infermieri e anestesisti uno solo non è obiettore Il direttore: "Le donne vadano altrove". Il Pd: intervenga la Regione

#### DONNE

## Nell'ospedale di Iseo che vieta l'aborto



CHIARA BALDI ISEO (BRESCIA)

Ton un aborto in quindici anni. Sarebbe una bellissima notizia se non fosse che l'ospedale Mellino Mellini di Iseo, in provincia di Brescia, ha ottenuto questo risultato per il solo motivo di non aver mai applicato per intero la legge 194, quella sull'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg).

ra queste mura costeggiate dal lago ci sono sempre stati medici ginecologi obiettori, cioè che non fanno aborti per motivi di coscienza. Nel 2016, ad esempio, erano 9 su 9, e ben 7 su 8, invece, gli anestesisti antiabortisti. E ancora: gli infermieri che facevano obiezione di coscienza 12 su 12 e tra le ostetriche solo una su 12 non era obiettrice. Stessa situazione l'anno prima, mentre nel 2014 i ginecologi erano addirittura 11, ovviamente tutti contrari a praticare aborti. Dall'ospedale il direttore sanitario Mario Colombo spiega che «è vero che a Iseo non si praticano Ivg, ma a Chiari sì: le donne possono andare lì, se vogliono». Eppure Iseo, in quanto ospedale pubblico - insieme al presidio ospedaliero di Chiari fa parte della Azienda sociosanitaria territoriale (Asst) della Franciacorta, che ha un bacino di oltre 270 mila abitanti - sarebbe obbligato a interrompere le gravidanze di donne che volontariamente si

presentano in ospedale.

La legge 194 del 1978, infatti, prevede che siano i singoli presidi ospedalieri ad «assicurare l'effettuazione degli interventi di Ivg». Invece, in questo lembo di terra che collega il basso bresciano con la Valcamonica e di cui l'ospedale di Iseo è «l'anello di congiunzione, importantissimo per il territorio», come spiega il direttore generale della Asst della Franciacorta Mauro Borelli, una donna può arrivare a fare anche cento chilometri per abortire. I dati sono del Partito Democratico della Lombardia che, in un report che sarà pubblicato a giorni sulla situazione delle Ivg in Regione, fa emergere, anche per il 2016, una situazione allarmante, in linea con il trend degli ultimi anni: in Lombardia su 10 medici ginecologi, 7 sono obiettori di coscienza.

«Chiediamo che anche nella nostra Regione si faccia come si è fatto nel Lazio con l'ospedale San Camillo, dove il presidente Zingaretti ha indetto un concorso ad hoc per assumere ginecologi non obiettori al fine di permettere una giusta applicazione della legge 194 - dice Sara Valmaggi, consigliera regionale del Pd e promotrice del report -. Vogliamo che il suo omologo Maroni faccia lo stesso».

#### I «gettonisti»

Quello di Iseo non è il solo esempio di ospedale pubblico della Lombardia che non fa aborti: anche il presidio di Gavardo, della Asst del Garda, non li fa perché ha tutti medici obiettori, così come quello di Mortara, Asst di Pavia. Ma a differenza di Iseo in queste strutture si è optato per i «gettonisti», medici esterni che lavorano «a gettone» e hanno il «solo» compito di praticare aborti nelle strutture in cui non si fanno. Oppure si è fatta una scelta di mobilità interna che ha permesso che i non obiettori di un presidio ospedaliero si spostassero per qualche ora alla settimana nelle altre strutture della stessa Asst per far sì che il servizio venisse effettuato.

«Dovrebbe essere la Regione a garantire le Ivg, ma a quanto pare non lo fa», denuncia Donatella Albini, per anni ginecologa non obiettrice a Chiari e oggi consigliera comunale a Brescia con delega alla Sanità. Per Albini, a Iseo non si può parlare in senso stretto di «obiezione di struttura» - che peraltro la legge 194 vieta - perché nell'ospedale ci sono 48 persone assunte tra medici, infermieri e operatori socio-sanitari, e di queste 43 sono obiettori: «Non è obiezione di una intera strut-





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000

Quotidiano - Ed. nazionale

## **LASTAMPA**

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

24-MAR-2017 da pag. 1 foglio 2 / 2 www.datastampa.it

tura, e a maggior ragione si dovrebbe garantire il servizio Ivg o tramite professionisti esterni o con la mobilità interna». Ma a Iseo nessun «gettonista» si è mai visto, né alcun medico è stato spostato da altri ospedali. A Iseo, nella regione più popolosa d'Italia e in cui si spende più della metà del budget regionale in sanità, da quindici anni nessuna donna può abortire.

BYNC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

**70%** 

-9,3

6,6 per mille

obiettori

È la percentuale di ginecologi che,
secondo
l'ultima relazione del
ministero,
non pratica
l'interruzione
di gravidanza
prevista dalla
legge 194: in
alcune regioni
si sale al 90%

per cento Nel 2015 ci sono stati 87.639 aborti, rispetto ai 96.578 del 2014. Il numero si è più che dimezzato dal 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia: 234.801

È il tasso di abortività, che calcola il numero di interruzioni di gravidanza per 1000 donne tra 15 e 49 anni (-61.2% rispetto all'83). Il dato è tra i più bassi

nel mondo



La legge 194 del 1978 prevede che siano i singoli presidi ospedalieri ad assicurare che si possano effettuare gli interventi di interruzione di gravidanza





http://www.ansa.it

# Sabato citta' in giallo, in marcia per l'endometriosi

Tre milioni di donne ne soffrono e la diagnosi arriva tardi



Sabato 25 Marzo 2017, si terrà la quarta edizione della marcia mondiale contro l'endometriosi e così come in altre capitali mondiali, la città si tingerà di giallo, colore simbolo della malattia. Si calcola che ad oggi, in Italia ben oltre tre milioni (una su 10) di donne sono affette da endometriosi, ma il dato è di certo sottostimato, poiché spesso i sintomi ad essa collegati vengono scambiati altre patologie di poca importanza. "Non a caso, ogni anno si cerca di coinvolgere sempre più medici ed operatori specializzati per la cura di questa patologia alle tante nelle tante iniziative che vengono promosse sul territorio, non solo dal TEAM ITALY, ma anche e soprattutto dalle varie associazioni che si occupano di assistenza a donne affette da Endometriosi", spiega per il Team Italy Alessandra Bruziches. Tre milioni di donne in Italia, il 10% delle ragazze e donne in eta' riproduttiva, sono affette da endometriosi. Eppure "e' una malattia tuttora sconosciuta.

L'Italia e' il numero uno della ricerca nel mondo ma la diagnosi arriva ancora troppo tardi, poiche' i sintomi, ovvero forti dolori mestruali durante il ciclo, vengono spesso sottovalutati.

Si stimano tre anni per una diagnosi, ma in realta' si arriva spesso a 7 o 9 anni, con conseguenze sulla sterilita', ma soprattutto dolori frequenti e fortissimi, spiega Jacqueline Weit, presidente dell'Associazione Italiana Endometriosi. Il motivo del ritardo in parte e' culturale. La marcia a Roma partira' da Santa Maria in Trastevere alle ore 11.



la Repubblica

Lettori 37.302

23-03-2017

www.la.repubblica.it/

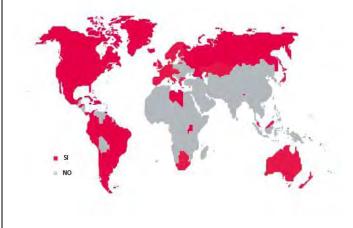
## Cerca il papilloma, salvati l'utero col test Hpv

Il vecchio prelievo Pap va in pensione. Dal 2018 gli screenig per il cancro della cervice si faranno col test Hpv. È più sensibile. REPDATA: Papilloma Virus: quanto è diffuso, <u>i dati</u>

di SILVIA FRANCESCHI



QUASI l'80% delle donne italiane ha fatto un Pap test negli ultime tre anni e la metà di loro lo ha fatto nell'ambito dei programmi di screening organizzati dal servizio sanitario. Proposto 75 anni fa da Papanicolaou, il test ha consentito di prevenire moltissimi tumori del collo dell'utero in Italia e in altri Paesi ricchi ma richiede un citologo esperto perché è basato sull'esame morfologico di cellule del collo dell'utero raccolte con un prelievo vaginale. Da qualche anno, però, c'é un'alternativa migliore: un test virologico più preciso che diagnostica l'infezione da papillomavirus umano (Hpv), la causa dei tumori del collo dell'utero.



#### Papilloma Virus: quanto è diffuso, i dati

Due le ragioni principali di questa svolta. In primis: il test Hpv è più sensibile nel diagnosticare lesioni precancerose del Pap test, cioé ne trova di più e più precocemente. Non solo: l'intervallo tra un test di screening e il successivo può perciò allungarsi (da 3 a 5 anni almeno). Il Pap, però, non sparisce: se il test rivela la presenza di Hpv, scatta l'esecuzione di un Pap test sullo stesso prelievo già usato per quello Hpv. Solo le donne positive a questa sequenza di due test hanno bisogno di un esame più approfondito (la colposcopia). Quelle che risultano negative al Pap, devono ripetere il test Hpv dopo un anno (invece che dopo 5 anni) per controllare se, come accade nell' 80-90% dei casi, l'infezione si è risolta spontaneamente.

L'introduzione a lungo preparata dello screening Hpv in Italia dovrebbe svolgersi senza troppe difficoltà. Il numero annuale di Pap test si ridurrà di circa dieci volte ma la comunità dei citologi non dovrebbe sentirsi frustrata ma, anzi, valorizzata dal ruolo cruciale della citologia negli accertamenti ulteriori nelle donne positive per Hpv. Per quanto riguarda i ginecologi, il numero di colposcopie annuali dovrebbe restare lo stesso ma concentrarsi su donne meglio selezionate (3-4% di quelle partecipanti a screening). Nuovo sarà invece il ruolo dei laboratori di virologia che dovranno utilizzare uno dei due o tre tipi di test Hpv meglio validati. Questa scelta sarà dunque molto importante come pure la centralizzazione dell'acquisto e dell' esecuzione dei test in pochi laboratori accreditati che garantiscano alta qualità ed economie di scala. Nel complesso, comunque, si potrebbero ridurrre del 30% i costi organizzativi (i test si fanno ogni 5 anni e non più ogni 3), e del 20% i costi di prelievi ed attività di laboratorio, nonostante di per sé il test Hpv sia un po' più caro del Pap.

Ciò che sarà importante nel passaggio allo screening Hpv sarà la capacità di fornire, sia a livello nazionale che locale, informazione sufficiente alle donne. In particolare, a quelle che risulteranno positive per l'Hpv bisognerà sottolineare che la scoperta di un'infezione non è di per sé una malattia e che non permette alcuna inferenza sui tempi e modi di acquisizione del virus. L'Hpv può essere contratto anche con rapporti sessuali non completi e vive anche al di fuori dell'apparato genitale, ad esempio nel cavo orale di ambedue i sessi. Inoltre, a volte diventa invisibile al test e può riapparire. Nelle regioni pilota già menzionate l'introduzione del test Hpv non ha comportato problemi, ma l'informazione alle donne e a tutto il personale sanitario non deve essere trascurata.

International Agency for Research on Cancer, Lione, Francia

# LA STAMPA.it

23-03-2017

Lettori 21.401

http://www.lastampa.it/

## Tumori, tra le cause anche mutazioni casuali del Dna

I dati raccolti da un gruppo coordinato dall'italiano Christian Tomasetti su 32 forme della malattia in 69 paesi pubblicati da Science



Le cause dei tumori diventano tre: non più soltanto eredità e ambiente, ma mutazioni casuali dovute a errori nella replicazione del Dna. Lo dimostrano i dati epidemiologici raccolti su 32 forme di tumore in 69 Paesi e pubblicati sulla rivista Science presentati a Washington. Li ha raccolti il gruppo coordinato dall'italiano Cristian Tomasetti, da 15 anni negli Stati Uniti e che lavora nell'università Johns Hopkins.



23-03-2017

Lettori 41.007

http://salute.ilmessaggero.it/

#### RICERCA RIVOLUZIONARIA

## Due tumori su tre causati da "errori" del Dna



Le mutazioni che avvengono in modo spontaneo e casuale nel Dna giocano un ruolo importante nel causare i tumori, confrontabile a quello dei fattori ereditari e dell'ambiente, intenso come esposizione a sostanze pericolose e stile di vita. All'origine dei tumori non ci sono quindi solo due cause, come si riteneva finora, ma tre. Lo dimostrano i dati epidemiologici raccolti su 32 forme di tumore in 69 Paesi e pubblicati sulla rivista Science. Presentati in una conferenza stampa a Washington organizzata dalla stessa rivista, i dati indicano che nelle 32 forme di tumore considerate nella ricerca circa due terzi sono attribuibili a errori casuali che avvengono nelle cellule sane durante il normale processo di replicazione del Dna.

È una sorta di rivoluzione, «un cambiamento di paradigma», come lo hanno definito gli autori della ricerca, coordinati dall'italiano Cristian Tomasetti, da 15 anni negli Stati Uniti e che lavora nell'università Johns Hopkins. Con Tomasetti hanno lavorato Lu Li, del dipartimento di Biostatistica della stessa università, e Bert Vogelstein, del Centro per la ricerca sul cancro della Johns Hopkins.

«Finora si pensava che a causare il cancro fossero ambientali ed ereditari, più un 60% di cause sconosciute. Adesso possiamo dire che le mutazioni casuali sono una parte importante di quel 60%», ha detto Tomasetti. Ma questo non implica in nessun modo il fatalismo, anzi: i ricercatori sono più convinti che mai che le principali armi siano la prevenzione e la diagnosi sempre più precoce, compresa quella basata sulle cosiddette "biopsie liquide", ossia sull'analisi genetica condotta su una goccia di sangue.

I nuovi risultati segnano l'evoluzione di quelli che nel 2015 avevano segnalato per la prima volta il ruolo del caso nella comparsa dei tumori, ma allora erano stati accusati di non essere completi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) aveva rilevato, per esempio, che mancavano i dati sui tumori di seno e prostata e che i dati riguardavano essenzialmente gli Stati Uniti. A livello popolare, poi, a peggiorare le cose c'era stato il riferimento a un ruolo della «sfortuna» nella comparsa di un tumore.

Adesso le cose sono molto diverse e i dati più corposi e solidi. La nuova ricerca comprende le forme di tumore che mancavano nello studio precedente e, soprattutto, i dati riguardano 69

Paesi che, ha rilevato Tomasetti, «comprendono la maggior parte popolazione mondiale». Sono state utilizzate le informazioni contenute in 423 banche dati internazionali sui tumori e quelle sul processo di divisione delle cellule staminali in diversi tessuti umani, confrontate con i dati analoghi su 17 forme di tumore. I valori emersi sono paragonabili in tutti i Paesi, indipendentemente dalle caratteristiche ambientali. I risultati, hanno osservato i ricercatori, «continuano a suggerire che esiste una correlazione importante fra numero delle divisioni di cellule staminali in un organo e rischio di cancro» ma questo, hanno rilevato, non toglie nulla alla prevenzione. Nei Paesi in via di sviluppo, per esempio, una parte dei tumori potrebbe essere prevenuta modificando ambiente e stile di vita.

23-03-2017



http://www.askanews.it/

#### **SALUTE**

# Dolore cronico, le donne sono più colpite: 45% contro 31% uomini

Campagna NienteMale: diversa anche la risposta ai farmaci



Milano, 23 mar. (askanews) – Caratteristiche genetiche, fluttuazioni ormonali e differenze anatomiche sono all'origine della spiccata vulnerabilità femminile al dolore. Dismenorrea, mal di testa, lombalgia, problematiche muscolo-scheletriche le sindromi algiche più comuni. Le donne rappresentano anche le maggiori consumatrici di analgesici e hanno necessità di molecole efficaci ma, al tempo stesso sicure, anche in fasi delicate della vita, come la gravidanza e la post-menopausa. Con il suo peculiare meccanismo d'azione, a livello centrale, il paracetamolo contribuisce a potenziare le difese analgesiche naturali dell'organismo.

Se ne è parlato a Milano, nell'ambito della campagna di sensibilizzazione sul dolore NienteMale, a un mese dalla 2a Giornata Nazionale della Salute della Donna, indetta dal Ministro Lorenzin per il prossimo 22 aprile, proprio con l'obiettivo di fare luce sulle problematiche di salute femminili e le specificità di genere.

Un'indagine svolta su oltre 85.000 adulti in 17 Paesi di tutto il mondo ha evidenziato come una sintomatologia dolorosa cronica di qualsiasi tipo affligga il 45% delle donne, rispetto al 31,4% degli uomini, associandosi nell'8% dei casi a depressione. Un altro studio, condotto dalla Standford University su 11.000 persone, ha mostrato che, in situazioni cliniche sovrapponibili, le femmine soffrirebbero il 20% in più dei maschi. Ma quali sono le sindromi algiche più diffuse

nel gentil sesso? Alcune sono del tutto specifiche, come la dismenorrea (che, secondo la IASP, colpirebbe fino al 90% delle adolescenti e oltre il 50% delle donne adulte), o il dolore pelvico cronico. Altre si manifestano con più frequenza, rispetto al sesso maschile: l'emicrania, ad esempio (3 volte più ricorrente), la cefalea tensiva cronica (4 volte di più), l'artrosi (3 volte di più, in menopausa), la fibromialgia (6 volte più diffusa), in generale i dolori muscolo-scheletrici (dal 35 al 59% dei casi, contro il 23-49% degli uomini), come la lombalgia. All'origine di questa maggiore vulnerabilità, vi sono differenze a livello genetico, ormonale e anatomico, ma anche fattori psico-sociali. In particolare, gli estrogeni influiscono sul Sistema Nervoso Centrale, rendendolo più reattivo agli stimoli algici.

"Le donne hanno più sindromi dolorose e più malattie che causano loro sofferenza", spiega Alessandra Graziottin, Direttore Centro di Ginecologia presso l'Ospedale San Raffaele Resnati di Milano e Presidente Fondazione Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus. "Sembra inoltre che riconoscano il problema dolore più precocemente, per una sorta di meccanismo autoprotettivo. Ciononostante, ricevono molta meno attenzione diagnostica e terapeutica, ritrovandosi così costrette a soffrire di più e più a lungo, con l'avanzare dell'età. Dopo la pubertà, malattie infiammatorie e autoimmuni raddoppiano o addirittura triplicano nel sesso femminile, per l'effetto degli ormoni sessuali sulle cellule che regolano le difese immunitarie. Quanto più la sofferenza persiste, tanto più aumentano i cambiamenti nel Sistema Nervoso Centrale, per cui il dolore si fa sempre più autonomo rispetto all'infiammazione e diventa malattia in sé", spiega.

CANALI ANSA > Ambiente ANSA Viaggiart Legalità Lifestyle Mare Motori PMI Salute Scienza Terra & Usa Canali Ansa > Ambiente ANSA Viaggiart Legalità Lifestyle Mare Motori PMI Salute Scienza Terra & Usa Canali Ansa > Ambiente ANSA Viaggiart Legalità Lifestyle Mare Motori PMI Salute Scienza Terra & Usa Canali Ansa > Ambiente ANSA Viaggiart Legalità Lifestyle Mare Motori PMI Salute Scienza Terra & Canali Ansa > Ambiente ANSA Viaggiart Legalità Lifestyle Mare Motori PMI Salute Scienza Terra & Custoria Canali Ansa > Ambiente ANSA Viaggiart Legalità Lifestyle Mare Motori PMI Salute Scienza Terra & Custoria Canali Ansa Canali Ansa

Fai la Ricerca





Data pubblicazione: 23/03/2017

#### **A¤Salute&Benessere**

Video | Salute Bambini | 65+ | Lei Lui |

Si può vincere

Diabete

Salute Professional

PRIMOPIANO · SANITÀ · MEDICINA · STILLDI VITA · ALIMENTAZIONE

ANSA.it > Salute&Benessere > Medicina > Speciale Vaccini Sono salvita per 3 mln, ma 20 mln bimbi non protetti

## Speciale Vaccini Sono salvita per 3 mln, ma 20 mln bimbi non protetti

Ad aprile una settimana di iniziative in Europa e nel mondo







Redazione ANSA ROMA 23 marzo 2017 17:41 Scrivi alla redazione







Bebe Vio posa per Anne Geddes per il vaccino contro la meningite © ANSA







malati ha accesso a nuovi farmaci salvavita contro tubercolosi

Msf,meno del 5% dei





Speciale Vaccini mln, ma 20 mln bimbi non protetti



Sindrome occhio smartphone, pericolo per i bambini



Corsa e salto per degli uomini

ogni anno, nel mondo, tra i 2 e i 3 milioni di vite. Ma ancora troppi, quasi 20 milioni sono i bimbi non vi hanno accesso, soprattutto nei Paesi poveri. Estendendo anche a loro l'immunizzazione, ben 1,5 milioni di vite ogni anno potrebbero essere salvate. Tuttavia, tra anziani vittime dell'influenza e boom di contagi da morbillo, anche l'Italia non

(di Livia Parisi) (ANSA) - Da difterite a pertosse, dalla polio al morbillo, i vaccini salvano

può dirsi tranquilla. Per questo, con l'obiettivo di promuovere l'importanza delle vaccinazioni tra genitori, personale sanitario, politici e media, si svolgerà anche quest'anno ad aprile la Settimana Europea delle Vaccinazioni, iniziativa promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) in concomitanza con la Settimana Mondiale (World Immunization Week 2017). Con lo slogan #VaccinesWork, l'edizione di quest'anno è in programma dal 24 al 30 aprile e rientra nel Global Vaccine Action Plan (GVAP) approvato da 194 Stati membri dell'Assemblea mondiale della sanità, che mira a evitare milioni di morti per malattie prevenibili entro il 2020. Oggi, infatti, ricorda l'Oms, nonostante i miglioramenti nei singoli Paesi e l'introduzione di nuovi vaccini, tutti gli obiettivi per l'eliminazione a livello mondiale di malattie come morbillo, rosolia e tetano, sono in ritardo. Ad esempio, i dati Oms relativi al 2015 mostrano che solo l'86% dei bambini nel mondo ha ricevuto 3 dosi di vaccino anti difterite-tetano-pertosse, mentre quello contro lo pneumococcocco, batterio che può provocare meningite, ha il 37% della copertura, laddove è stato introdotto. Contro la poliomelite, che può causare paralisi irreversibile, l'86% dei bambini è stato immunizzato, ma per l'Haemophilus influenzae B, che può causare meningiti, lo è solo il 64% dei nuovi nati. E per la rosolia, che se contratta in gravidanza può causare difetti congeniti al feto, la copertura è in media al 46%. Nella maggior parte dei casi il problema è economico e organizzativo. Il 60% dei 19,4 milioni di bimbi che non vengono vaccinati, infatti, risiede in soli 10 Stati: Angola, Congo, Etiopia, India, Indonesia, Iraq, Nigeria, Pakistan, Filippine e Ucraina. Ma anche nei Paesi con sistemi sanitari migliori, gli ultimi anni sono stati segnati da una progressiva disaffezione.

In Italia, se da un lato il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale ha introdotto

#### A#Salute&Benessere

ANSA.it • Contatti • Disclaimer • Privacy • Copyright

P.I. IT00876481003 - © Copyright ANSA - Tutti i diritti riservati

ULTIME

Dall'energia al sisma, Edison premia le startup piu innovative

Salute: vita da pigri, 10 mila passi al giorno non bastano ne servono 15 mila

Salute: Comune Merano contro dieta veg per bimbo, mamma vince ricorso Farmaci: 170.000 firme per liberalizzazione fascia C consegnate a istituzioni

Ora legale: il medico, con meno sonno raddoppia rischio mal di schiena

# Ricerca: Irccs italiani più forti ma con meno fondi, Report











Panorama / Scienza / Salute / Ricerca: Irccs italiani piu forti ma con meno fondi. Report 2016



ADNKRONOS

Milano, 23 mar. (AdnKronos Salute) - Nella sanità italiana c'è una 'macchina da guerra', avamposto

della ricerca scientifica, che nonostante abbia sempre meno benzina nei serbatori - con il diminuire dei fondi per la ricerca corrente lancia il motore a tutto gas. E' la 'truppa' dei 49 Irccs italiani, che impiegano oltre 10 mila ricercatori. Questi istituti nel 2015 hanno viaggiato al ritmo di 693.800 ricoveri e nelle sole 'aree di riconoscimento' hanno prodotto 11.857 pubblicazioni scientifiche (583 in più dell'anno prima), totalizzando un impact factor di 50.984 punti, ben 3.187 in più rispetto all'anno precedente (+6,55%). Il quadro emerge dal Report sui risultati 2016 della ricerca corrente, non ancora ufficializzato dal ministero della Salute.

Alla famiglia negli ultimi 5 anni si sono aggiunti 3 istituti - il Mario Negri di Milano, l'oncologico Candiolo nel Torinese, l'Ismett di Palermo - mentre i fondi sono di fatto diminuiti, sia in termini assoluti sia in relazione alla quota media disponibile per ciascun centro (l'effetto è quello di una torta che resta più o meno la stessa, se non diminuisce come nel 2016, e i centri che devono dividersela aumentano). Pur in queste condizioni, la produttività scientifica ha comunque fatto un notevole balzo in avanti, come si evince dai trend delle pubblicazioni e dell'impact factor. Nel 2016 i fondi per la

#### Scienza. le news

Dall'energia al sisma, Edison premia le startup più innovative

Verso la sesta estinzione di massa? Ecco le specie a rischio con il climate change

Aborto: Texas, medico può mentire ai genitori su anomalie feto

Togliere la radioattività dai rifiuti nucleari, dalla ricerca un nuovo approccio

Il riciclo incentivante piace e i cittadini del Nord risparmiano sulla Tari

Il futuro è nelle bioplastiche, +50% di produzione in Europa al 2021/ Video

Dormi più di 9 ore? Ecco cosa rischi

Ricerca: Lav, 17 mila euro a progetto #zeroanimali università Bologna

Influenza e virus invernali, colpiti 10 milioni di italiani

Medicina: Neuromed, nuove possibilità di cura per cheratocono





Trapianto capelli, non è più la prima scelta.



Vai all'estero con la tua azienda con il bando concorso per le PMI



Operare sicuri in rete: scarica gratis l'ebook

**DVD** in edicola



Warcraft - L'inizio di Duncan Iones

ricerca corrente sono stati pari a 163 milioni di euro, nel 2000 erano HiOP de Evaluation 03/23/2017 12 in più. E sono lontani i picchi toccati nel 2008 e nel 2007 (204 e 203 milioni di euro).

Tolte alcune voci (come i finanziamenti dei progetti Eranet-Jpi, per le reti Irccs tematiche per specialità o per il Cbim e la rete Garr che garantiscono infrastrutture digitali, gestione del sistema informativo e servizi innovativi in grado di collegare il mondo di università e ricerca), il totale che è stato ripartito su parametri competitivi ammonta a 145,8 milioni di euro, contro i 155,8 del 2015 (-6,45%). Il che significa che ogni Irccs ha avuto a disposizione in media 205 mila euro in meno (chi più e chi meno a seconda dei 'punteggi' ottenuti per ogni parametro considerato ai fini della ripartizione).

La quota di finanziamento medio disponibile per istituto, a moneta costante, in 16 anni è scesa da 5 milioni a 2,17. Indipendentemente dai fondi, però, la capacità di produzione scientifica si è intensificata, ha continuato a crescere in qualità e l'impact factor normalizzato presentato è più che raddoppiato dal 2004 al 2015. Certo sono aumentati gli Irccs, ma non basta a spiegare l'impennata.

I fondi per la ricerca corrente vengono ripartiti sulla base di parametri legati alla produzione scientifica che pesano più di tutti (55%), all'attività assistenziale e alla capacità di operare in rete. E il 52% del peso totale di questi parametri (che si trasformano in finanziamenti) si concentra su 13 Irccs, di cui 7 lombardi. Quanto al peso degli istituti per parametri scientifici, 10 Irccs, fra cui gli stessi 7 istituti lombardi, rappresentano il 50% (32 risultano sotto la media nazionale), e in 11 centri - la 'squadra' è praticamente sovrapponibile - si concentra il 51% dell'impact factor normalizzato validato.

E' un centro milanese ad attrarre il maggior volume di finanziamenti non ministeriali (che nel 2016 sono stati in totale oltre 145,4 milioni): è l'Ieo con quasi 20 milioni, laddove la media nazionale è poco sopra i 2,9. Se invece si guarda ai finanziamenti ottenuti da privati per progetti di ricerca (in totale circa 90,1 milioni) a svettare è il San Raffaele di Milano, vicino alla quota di 26 milioni, seguito molto a distanza dal Cro di Aviano e dall'Ieo, e a fronte di una media nazionale di 1,8 milioni. Vanta il più alto numero di pazienti extra regione dimessi il Bambino Gesù di Roma (oltre 22 mila), seguito dall'Humanitas e dal San Raffaele di Milano.

L'ospedale pediatrico della Capitale attira anche più pazienti che arrivano da Paesi europei (oltre 1.600). Alle sue spalle in questo caso la Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (Foggia) e un altro ospedale pediatrico, il Gaslini di Genova.

"Questi grafici non possono assolutamente essere letti come delle classifiche - precisa all'AdnKronos Salute chi negli Irccs italiani ci opera - perché in primo luogo la famiglia degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è molto eterogenea: ci sono centri pubblici e privati, fondazioni e Spa, grandi ospedali, policlinici, piccole strutture, centri monospecialistici. Anche le aree di riconoscimento degli Irccs (più o meno ampie) incidono per esempio sul numero di pubblicazioni e sui risultati che vengono presi in considerazione dal ministero. Si sentiva l'esigenza di una omogeneizzazione. E infatti ci viene proposta una sorta di 'riforma'



per definire meglio le aree di tutti e metterci nelle stesse condizioni" HiQPdf Evaluation 03/23/2017

"Si sta facendo uno sforzo apprezzabile", sottolineano gli addetti ai lavori. Quest'anno, per esempio, è stato affrontato con un gruppo di lavoro composto da 4 direttori scientifici il nodo dei trial. Dai dati del Report 2016 emerge che su 8.201 clinical trial dichiarati, ne sono stati ritenuti valutabili 4.577. "Vengono ora definiti meglio il concetto di clinical trial e i criteri di selezione di quelli valutabili ai fini del conteggio del finanziamento della ricerca corrente. Criteri diventati più stringenti".

© Riproduzione Riservata

#### Commenti -

#### PANORAMA

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















**IN EDICOLA** 

Condizioni di partecipazione Scrivici Gruppo Mondadori Pubblicita Note Legali Privacy Policy Cookie Policy Codice di autoregolamentazione

© 2008 Arnoldo Mondadori Editore Spa - riproduzione riservata - P.IVA 08386600152

**RASSEGNA WEB** 

#### SANITA24.ILSOLE24ORE.COM Link al Sito Web

• Sfoglia il Quotidiano Digitale • Sfoglia Faro Papiraluation 03/23/2017



ACCEDI

Data pubblicazione: 23/03/2017



7661116662 1

Home Ar

nalisi Sanità rispon

Scadenze fiscali

Sanità in borsa

Q

23 mar 2017

SEGNALIBRO | ☆
FACEBOOK | f
TWITTER | ¥

TAG

Medicina generale

Ospedale Prestazioni sanitarie

#### LAVORO E PROFESSIONE

# Fabbisogno di medici, Fnomceo: «Nell'anno accademico 2017-18 serviranno 8.400 posti»

di Rosanna Magnano

Per l'anno accademico 2017-18 serviranno 8.400 accessi alla Facoltà di Medicina e chirurgia. È questa la stima del fabbisogno formativo proposta dalla Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri), definita utilizzando il modello previsionale proposto già lo scorso anno dallo Steering Commettee nell'ambito del progetto pilota della Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, con la correzione di alcune variabili. «Si tratta di una proiezione - spiega Ezio Casale, componente del



Comitato centrale di Fnomceo - che stima il fabbisogno di medici occupabili fra dieci anni ed è più elevata rispetto ai circa 8mila proposti dalla categoria per lo scorso anno accademico, tenendo conto della necessità di garantire gli attuali standard di elevata qualità dell'assistenza».

Le cifre esatte dei posti disponibili per tutte le professioni sanitarie arriveranno con l'accordo tra le parti (Miur, Salute, Regioni, Categorie) che dovrebbe arrivare entro fine aprile e poi con il decreto Miur-Salute. Questa mattina intanto è in corso una riunione interlocutoria tra i tecnici delle diverse parti in gioco.

Complessi algoritmi e calcoli che avranno poi un impatto sui posti effettivamente disponibili per le aspiranti matricole.

La quadratura del cerchio proposta da Fnomceo tiene presente diversi fattori. «Uno degli assunti del modello - continua Casale - è che offerta e domanda attuali siano in equilibrio, per cui considerando l'attuale offerta di medici attivi, l'indicatore relativo alla domanda sarebbe attualmente pari a 480 medici per 100.000 abitanti residenti». Ma se si tenesse conto solo di questo parametro, secondo le stime di Fnomceo, sarebbe necessario un numero elevatissimo e insostenibile per il nostro sistema universitario di nuovi accessi al corso di laurea magistrale in medicina.

Le valutazioni Ocse sulla presenza di medici attivi vedono l'Italia in buona posizione. Secondo gli ultimi dati, il tasso di popolazione medica attiva in Italia nel 2015 è pari a 3,9 medici per 1000 abitanti: in Europa il nostro Paese è al 5° posto per densità di medici attivi dopo Grecia (6,29), Austria (4,9), Germania (4,05) e Svizzera (4,04), mentre la media dei paesi dell'area euro è pari a 3,7.

«D'altro canto però - spiega Casale - l'attuale offerta di medici attivi, risultante dai dati del Cogeaps è, a nostro parere, di gran lunga eccedente la domanda reale per il nostro Sistema sanitario».

Il numero dei medici professionalmente attivi secondo la banca dati Enpam per l'anno 2014, che comprendeva settore pubblico e privato, si attestava su circa 262.000, pari a circa 425 medici per 100.000 abitanti.

E le stime sulla disoccupazione tra i camici bianchi (tra dipendenti e convenzionati) si aggirano tra le 10mila e le 16mila unità. Anche perché, come è noto, una volta laureati, i giovani medici si scontrano con l'imbuto post lauream dei posti disponibili per la specializzazione. «Lo scorso anno - ricorda Casale - gli aspiranti specializzandi furono 13.800 a fronte di 6.300 posti disponibili».

Intanto però lo stock di popolazione medica attiva, per quanto riguarda il Ssn si sta progressivamente riducendo per il sostanziale blocco del turn-over legato alla crisi

#### SANITA24.ILSOLE24ORE.COM Link al Sito Web

economica, con i bilanci contingentati delle regioni in piano di rientro: «Secondo gli ultimi dati del conto economico del personale del son recentemente diramati dal Mef spiega Casale - nel solo 2015 c'è stata una riduzione di circa 1.900 dirigenti medici rispetto all'anno precedente, a causa del blocco dei turnover che ha determinato un notevole squilibrio tra cessazioni e nuove assunzioni; una certa riduzione si è avuta in parte anche nell'area del convenzionamento, laddove i medici andati in quiescenza non sono adeguatamente sostituiti». Ed è noto che gli effetti della gobba pensionistica determineranno nei prossimi 5 o 6 anni un abbandono di circa 55mila camici bianchi.

Insomma un rebus piuttosto difficile da risolvere, tenendo conto anche del fatto che il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera avviato con il Dm 70/2015, che dovrebbe affinare le stime su fabbisogni attuali e futuri, è tutt'ora in alto mare in molte aree del Paese. «Allo stato attuale e nonostante le riorganizzazioni - sottolinea Casale il sistema è ampiamente sotto organico. Per quanto riguarda la domanda futura, posta principalmente in relazione alla popolazione residente, in base allo sviluppo demografico e a quello epidemiologico, la valutazione sarà comunque influenzata da diversi fattori. Come i Lea, i livelli essenziali organizzativi in grado di assicurare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale efficienza, efficacia e sicurezza delle cure, il possibile trasferimento di competenze ad altre professioni sanitarie (task shift), lo sviluppo scientifico e tecnologico, fattori che potranno modificare il futuro fabbisogno medico sia sotto l'aspetto quantitativo che qualitativo.Risulta pertanto oltremodo difficile fare delle previsioni, anche se il trend attuale lascerebbe ipotizzare che, almeno per quanto riguarda il Ssn pubblico, si andrà incontro ad una riduzione della domanda futura rispetto all'offerta di personale medico».

In conclusione, con tutte le approssimazioni del caso, la Fnomceo individua un fabbisogno formativo per l'a.a. 2017/2018 pari a 8.400 accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia. «Con tale numero di accessi - conclude l'esperto - prevedibilmente sarà garantita anche negli anni futuri (2025,2030 e 2035) un'offerta in grado di rispondere alla domanda attesa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### **CORRELATI**

Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra

proposta diventa legge»

LAVORO E PROFESSIONE

Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

**EUROPA E MONDO** 

Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio

Data pubblicazione: 23/03/2017

#### 23-03-2017

healthdesk

http://www.healthdesk.it/

#### LA PROTESTA

## La sostenibilità all'inglese che rischia di lasciare i malati senza farmaci

Il Regno Unito è alle prese con gli stessi problemi della sanità italiana. Conciliare diritto all'assistenza e sostenibilità. Ma il provvedimento inglese che impone un budget massimo per la rimborsabilità delle nuove tecnologie introduce discriminazioni nell'accesso alle cure

In Inghilterra, come in Italia, i responsabili delle politiche di salute pubblica affrontano da anni sempre la stessa sfida: assicurare le cure a tutti senza far schizzare alle stelle i costi sanitari. Una fatica improba che, nello sforzo di fra quadrare il cerchio, conduce a decisioni paradossali: giudicare insostenibile una terapia economicamente vantaggiosa.

Ecco, infatti, cosa sta accadendo nel Regno Unito: dal prossimo aprile i requisiti attualmente in vigore nel sistema sanitario inglese (Nhs) per ottenere entro 90 giorni il finanziamento delle nuove tecnologie raccomandate dal National Institute for Health and Care Excellence (Nice) non si applicheranno a quelle che superano il costo annuale di 20 milioni di sterline (23 milioni di euro).

In questi casi l'Nhs avrà tre anni di tempo per condurre trattative commerciali con le aziende per ottenere i loro prodotti a costi più bassi. Il risultato? L'accesso alle cure per alcuni pazienti subirà inevitabilmente dei ritardi. Un'ingiustizia indegna di un sistema sanitario che ha fatto dell'universalità delle cure la sua bandiera. È il giudizio unanime di otto autorevoli scienziati con diverse competenze, mediche, bioetiche e politiche, che hanno firmato sulle pagine del British Medicola Journal una protesta contro un provvedimento dalle pericolose consequenze.

E per far capire cosa si rischia con l'introduzione del nuovo "budget impact test" ricorrono a un esempio.

Prendiamo il caso delle terapie a base di infliximab, l'anticorpo monoclonale impiegato dall'Nhs come farmaco per due patologie: le riacutizzazioni della colite ulcerosa e la malattia

di Crohn nella sua forma più grave. Il prezzo è lo stesso per entrambi gli utilizzi. Ma è chiaro che la sanità spende di più per curare i 4 mila pazienti con il morbo di Crohn rispetto alla manciata di persone assistite per la colite ulcerosa.

Ebbene, secondo i criteri della nuova direttiva la terapia per la malattia di Crohn supererebbe il budget previsto per il finanziamento e verrebbe destinata alla via lenta della contrattazione separata, mentre quella per la colite ulcerosa no.

È paradossale, scrivono gli autori del commento nell'editoriale del Bmj, perché i pazienti più numerosi sarebbero quelli maggiormente penalizzati. Una discriminazione numerica non priva di risvolti etici e pratici. Che ne è del diritto alle cure per tutti se l'accesso alle terapie dipende dalla prevalenza della malattia? E che ne è dell'efficacia di un servizio sanitario che trascura proprio i gruppi di malati più numerosi?

Il Nice si giustifica dicendo che la trattativa separata tra Nhs e aziende potrebbe portare a un abbassamento dei costi delle tecnologie.

«Ma ciò significherebbe servirsi di numerosi gruppi di pazienti come merce di scambio», rispondono gli otto autori del Bmj.

Osservazioni di questo tipo erano state sollevate anche durante le consultazioni che hanno preceduto la nuova strategia basata sul "test del budget".

Pur riconoscendo le difficoltà economiche dell'Nhs, solamente un terzo degli interpellati si dichiarava a favore del provvedimento e solamente il 23 per cento sosteneva la necessità di ritardare il rifornimento delle tecnologie che oltrepassavano la soglia dei costi previsti per il rimborso entro 90 giorni.

«L'impatto del budget - scrivono i firmatari della protesta - è essenzialmente il costo per paziente moltiplicato il numero dei pazienti trattati. Ma la prevalenza della malattia di cui qualcuno soffre non dovrebbe condizionare l'accesso alle cure. Il principio di equità significa che casi uguali vanno trattati in modo uguale. Lo statuto dell'Nhs impone di rispondere ai bisogni clinici dei pazienti come singoli individui».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-MAR-2017 da pag. 11 foglio 1 www.datastampa.it

## Pavia. Epatite, inchiesta sul costo del farmaco

La magistratura vuole fare chiarezza sul perché lo stesso principio attivo in Italia costa 15mila euro e in India 700

Pavia. Un'inchiesta per capire perché un farmaco, efficace nel 98% dei casi di epatite C, costi in Italia 15 mila euro a confezione contro le circa 700 (ad esempio) di India ed Egitto che possono produrlo e commercializzarlo sottoforma di medicinale generico. La Procura di Pavia ha aperto un'indagine per truffa ai danni del servizio sanitario nazionale, in seguito ad una segnalazione fatta da un residente in provincia, malato ad uno stadio non grave della patologia e quindi non compreso nei criteri previsti dal ministero per il rimborso, e che riguarda il farmaco Sovaldi e il suo costo. Il caso risale al 2015, quando vennero diffusi i primi dati dell'associazione Epac Onlus che riunisce i pazienti affetti da epatite e malattie del fegato: allora su 50mila malati gravi solo 600 avevano avuto accesso alla cura. La situazione odierna sembra essere poco diversa, per questo l'indagine pavese pare abbia già proceduto al sequestro dei documenti relativi alla trattativa tra una casa farmaceutica americana produttrice del Soviral, la Gilead, e l'Aifa; dal canto suo proprio l'Agenzia italiana del farmaco nei giorni scorsi ha presentato i nuovi criteri di trattamento dell'epatite C considerando anche l'introduzione di nuovi farmaci di seconda generazione e l'avvio di nuovi accordi con altre tre case farmaceutiche americane per la fornitura della preziosa molecola anti-epatite.

Simona Rapparelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Lettori Ed. II 2016: 2.218.000 Quotidiano - Ed. nazionale CORRIERE DELLA SERA

24-MAR-2017 da pag. 19 foglio 1 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Luciano Fontana

#### Richiesta all'Onu

# Lorenzin: l'utero in affitto diventi reato universale

**9** utero in affitto deve essere riconosciuto come reato universale, bandito a livello internazionale come le altre forme di commercio degli esseri umani». Così ieri la ministra della Salute Beatrice Lorenzin è intervenuta al convegno «Maternità al bivio: dalla libera scelta alla surrogata. Una sfida mondiale» organizzato da Se non Ora quando-Libere dove è stata firmata una richiesta all'Onu in tal  $senso. \ \, \texttt{@riproduzioneriservata}$ 





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-MAR-2017 da pag. 4 foglio 1/2 www.datastampa.it

II fatto. Dall'«Incontro internazionale» di Roma emerge la richiesta di bloccare la gestazione surrogata che mercifica la maternità e i bambini

# «No all'utero in affitto Ora si muova l'Onu»

Appello di donne (e non solo): divieto mondiale

Una vibrata petizione alle Nazioni Unite perché mettano al bando la surrogazione di maternità, «un commercio, una pratica antica con mezzi nuovi», come l'ha definita il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. È il risultato del pri-

mo incontro internazionale organizzato in Italia sull'utero in affitto, ospitato ieri a Roma dalla Camera dei deputati e curato dall'associazione «Se non ora quando-Libere».

> BELLASPIGA E MARIANI ALLE PAGINE 4 E 5

# «Donne e bambini ridotti a cose Intervengano le Nazioni Unite»

Appello dal forum di Roma: bandire la maternità surrogata

## II documento

Siamo di fronte a un atto «inaudito dall'abolizione della schiavitù». L'incontro internazionale alla Camera pungola l'Onu perché non tolleri il «mercato della riproduzione»

#### Antonella Mariani

ome la schiavitù. Come le mutilazioni genitali. Così le Nazioni Unite dichiari-no senza ambiguità che la maternità surrogata è una pratica «incompatibile con il rispetto dei diritti umani e della dignità delle donne». Questa la richiesta forte giunta ieri dall'incontro internazionale alla Camera su «Maternità al bivio: dalla libera scelta alla surrogata, una sfida mondiale». La conclusione di quasi cinque ore di dibattito è una richiesta articolata in un documento di 4 pagine che ha come destinatario il Palazzo dell'Onu a Ginevra, e in particolare la Commissione che vigila sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne (Cedaw), la Divisione dei diritti umani e l'Alto Commissario per i diritti umani. «Noi firmatari – così si apre l'appello – chiediamo di aprire una procedura volta a raccomandare il divieto della pratica della maternità surrogata». La Convenzione contro le discriminazioni (Cedaw) è stata adottata nel 1979 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite ed è entrata in vigore nel 1981 (non l'hanno firmata 6 Paesi, tra cui Sudan, Somalia, Iran e Usa): sulle sue disposizioni vigila la Commissione a cui le femministe di «Se non ora quando-Libere» si rivolgono.

I diritti umani e la non discriminazione. L'architettura dei diritti umani messa in piedi dal-l'Onu stabilisce la difesa della dignità umana che esclude, sia a livello nazionale che nelle relazioni internazionali, «la legittimità di ogni pratica di scambio, commerciale o altruista, con oggetto l'essere umano».

La maternità surrogata è la «specifica appropriazione delle capacità riproduttive delle donne»; attraverso la sua pratica si controlla la gravidanza e si mette in pericolo la salute fisica e psichica della gestante «al solo scopo di soddi-







Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000

Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenir

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-MAR-2017 da pag. 4 foglio 2 / 2 www.datastampa.it

sfare il bisogno di terzi».

Non serve scomodare la retorica della libertà individuale o del «meraviglioso dono della vita»; la verità è che la surrogata porta a una «effettiva cosificazione della madre e del bambino, dato che crea consapevolmente una situazione di rinuncia e di abbandono».

Nel documento si ribadisce una cosa che dovrebbe essere ovvia: il desiderio di essere genitori non può diventare «diritto individuale del committente di disporre del corpo di una donna ed appropriarsi in tal modo della vita di un bambino».

La battaglia delle donne per la libertà.La legittimazione della surrogata cancella la possibilità conquistata in tanti anni di battaglia delle donne per la libertà, perché riduce la maternità da atto umano, «espressione altissima della dignità umana femminile», a procedimento meccanico, le cui componenti diventano merci da mettere sul mercato. La scienza medica ha stabilito che esistono legami fortissimi tra gestante e nascituro, e la surrogata li nega, anzi, li cancella. La «gestante per altri» perde ogni diritto sul suo corpo, sulle decisioni che riguardano la sua salute (si pensi a una eventuale interruzione di gravidanza imposta dai committenti del bambino) e infine sul figlio stesso. «Mettere a disposizione di altri il complesso della vita fisica e psichica della madre "portatrice" è un atto di limitazione della libertà delle donne, inaudito dall'abolizione della schiavitù»

La maternità surrogata come pratica sociale. Il mercato dell'utero in affitto («non una tecnica di riproduzione bensì una pratica sociale») è stimato a diversi miliardi di dollari per anno e presuppone una disuguaglianza di reddito tra committenti e madre portatrice: in Asia sono le donne più povere, negli Usa quelle della classe media a basso reddito. Ecco perché «legittimare una simile mercato della riproduzione umana sarebbe una sconfitta per le donne e per il Diritto internazionale, specialmente la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di

discriminazione verso le donne (Cedaw)», visto che consiste nell'appropriazione delle capacità riproduttive delle donne. La Cedaw, peraltro, prevede la repressione del commercio delle donne e la surrogata, in fondo, questo fa: «Sfruttare la fragilità economica e/o sociale di alcune donne per spingerle, in cambio di denaro, a mettere la loro capacità riproduttiva al servizio dei più ricchi». Commercio, appunto. Schiavitù e diritti dei bambini. Ma non è solo la Cedaw a essere chiamata in causa. C'è anche la Convenzione delle Nazioni Unite sulla schiavitù, la Convenzione dei diritti del bambino, che mira a evitare che i piccoli siano separati dai genitori, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea che stabilisce che il corpo umano e le sue parti non devono essere fonte di profitto... Numerosi altri protocolli internazionali vengono citati dal documento che ha concluso ieri l'incontro internazionale di Roma. E poi ci sono le recenti prese di posizione contrarie del Parlamento Europeo, le nuove legislazioni restrittive allo studio in India, Cambogia, Thailandia, Nepal...

Vietato in patria, lecito all'estero Poiché quello che è vietato in patria (ad esempio in Italia) è abbastanza facilmente realizzabile all'estero, «è necessario coinvolgere le agenzie dell'Onu per creare le condizioni per l'abolizione della maternità surrogata. In questa prospettiva è urgente adottare, nel quadro della Cedaw, una raccomandazione contro la maternità surrogata sul modello di quella adottata per combattere la pratica delle mutilazioni genitali femminili». Il percorso poi continua, una volta allargato il consenso, fino ad arrivare - nelle intenzioni – all'abolizione universale. Nell'attesa, conclude il documento, sarà necessario prevedere accordi internazionali per scoraggiare lo spostamento di cittadini da Stati in cui la surrogata è vietata a quelli in cui è lecita. Infine, ai bambini che sono già nati bisognerà dare il diritto di conoscere la madre che li ha messi al mondo e di essere cresciuti da lei.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



#### da sapere

#### La «Cedaw», uno scudo per la dignità femminile

La «Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne», conosciuta con l'acronimo inglese Cedaw, è stata adottata nel 1979 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Composta da un preambolo cui seguono 30 articoli, è ratificata da quasi tutti gli stati membri dell'Onu. Sua particolarità, il fatto di essere l'unico trattato umanitario ad affermare i diritti delle donne in materia di procreazione, contemporaneamente sottolineando l'importanza della cultura e della tradizione per modellare le relazioni familiari. Più in generale, il documento combatte ogni discriminazione della donna, e obbliga gli Stati aderenti a predisporre per questo fine opportuni strumenti giuridici. Con il protocollo aggiuntivo votato nel 1999, al comitato che vigila sulla sua applicazione possono rivolgersi anche singoli e associazioni. (M.P.)



43

#### ALLERGIE IN ARRIVO, MA SI LITIGA SUI TEST

#### di Michele Bocci

Gli esami da ora in avanti saranno prescritti dagli **specialisti**. E i medici di famiglia, che non potranno più farlo, attaccano: "Pagheranno i pazienti"

IRENZE. Con la primavera, in sieme all'allergia, quest'anno arriva anche la guerra dei test per diagnosticarla. I medici di famiglia ora non possono più prescriverli e si scagliano contro la legge che ha dato ai soli specialisti il compito di ordinarli. «Il nuovo sistema costringerà i pazienti a pagare un super ticket» dicono dalla Fimmg, il sindacato più rappresentativo della categoria.

La norma contestata è quella sui nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza sanitaria che tutte le Regioni devono garantire. Nel testo, tra le tante altre cose, si stabilisce che gli esami per cercare le allergie (compresi quelli cutanei), devono essere prescritti dagli allergologi. «In questo modo i malati si troveranno a pagare di più per essere visitati dallo specialista» accusa Silvestro Scotti della Fimmg, «Ricordiamo che gli italiani che soffrono di questi problemi sono dieci milioni». Secondo i medici di famiglia, i cittadini dovrebbero continuare a essere seguiti da loro, almeno quando la malattia, magari dovuti ai pollini, non si presenta in forma grave.

Il ticket sui test cutanei per l'allergia ne la faceva un rocsta in media tra 24 e 33 euro, a ancora C seconda della Regione. «Questa spesa tocca e toccava comunque a tutti, al di là di chi prescrive i test» replica Walter Canonica, allergologo dell'Humanitas di Milano e presidente della Società italiana di aller-



SOPRA, PROVE ALLERGICHE SUL BRACCIO DI UN BAMBINO. CON I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA I TEST POSSONO ESSERE PRESCRITTI SOLO DAGLI SPECIALISTI

gologia, asma e immunologia clinica. La novità, adesso, è la visita dello specialista, che costa da 25 a 36 euro, sempre in base alla Regione nella quale si risiede. «Indirizzare i pazienti subito a noi mi pare sensato. Oggi si sta affermando la diagnostica molecolare, che può essere costosa e comporta conoscenze, appunto, specialistiche» aggiunge Canonica.

C'è, poi, un altro problema. Quasi tutte le allergologie pubbliche hanno lunghe liste di attesa, soprattutto in primavera. Indirizzare ancora più cittadini verso queste strutture potrebbe intasarle definitivamente. O magari spingere i pazienti verso quelle private.

«Eravamo comunque noi a eseguire i test cutanei, anche quando la prescrizione la faceva un medico di famiglia» dice

ancora Canonica. «Perciò le liste non cresceranno. Piuttosto, se il paziente viene valutato da uno specialista, la richiesta di accertamenti sarà più appropriata e mirata. A vantag-

gio del paziente e anche del sistema sanitario».

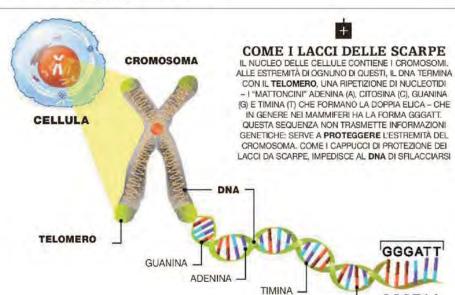
osservando al microscopio il Tetrahymena, un curioso protozoo da lei definito "feccia da stagno" nei giorni di frustrazione e Bip Bippadotta (il pupazzo tutto peli del Muppet Show) nei giorni lieti, la biochimica australiana Elizabeth Blackburn ha trovato la data di scadenza che tutti gli animali, uomo compreso, portano scritta nelle loro cellule. Insomma, il segreto dell'invecchiamento cellulare. Una scoperta che le è valsa il premio Nobel nel 2009, e che oggi è il fondamento di una nuova scienza della longevità. Oggi Blackburn, e la coautrice di diversi suoi importanti studi, Elissa Epel, docente di psichiatria alla University of California di San Francisco, pubblicano in Italia La scienza che allunga la vita (Mondadori, pp. 408, euro 24). Un saggio che spiega come possiamo sfruttare la conoscenza dei cromosomi per conquistare un certo grado di controllo sul processo di invecchiamento.

Tutto parte dal mistero risolto dalla Blackburn: a cosa servono le estremità finali dei cromosomi, dette telomeri? La scienziata ha capito che quelle strane sequenze ripetute di basi di Dna che "incappucciano" le estremità dei cromosomi – che nel 1971 il biologo russo Alexey Olovnikov battezzò "telomeri", dal greco tèlos, fine, e mèros, parte – hanno la stessa funzione dei cilindretti di plastica alle

«PIÙ I TELOMERI SI ACCORCIANO PIÙ LE CELLULE INVECCHIANO. PER FORTUNA C'È UN ENZIMA CHE LI RIPARA» estremità dei lacci da scarpe: proteggono il "laccio" a doppia elica del Dna e gli impediscono di sfilacciarsi durante momenti delicati e instabili come le divisioni cellulari.

#### In che senso questi pezzetti di cromosoma portano incisa la nostra" data di scadenza"?

«Col passare del tempo, le nostre cellule continuano a dividersi rinnovando gli organi e i tessuti. Ma – a meno di non essere cancerose – non possono farlo all'infinito: prima o poi non riescono più. A quel punto, sono invecchiate: perdono molte delle loro funzioni (i globuli bianchi non riescono più a identificare gli in-



# ALLUNGARE LA VITA UN SEGRETO DA NOBEL

#### di Giuliano Aluffi

Elizabeth Blackburn è stata premiata per aver scoperto che l'invecchiamento è legato ai **telomeri**, i "cappucci" che proteggono le punte dei cromosomi. E qui spiega come farli durare di più





vasori da aggredire, per esempio) e muoiono, causando anche l'invecchiamento degli organi. L'invecchiamento di una cellula dipende dai suoi telomeri: a ogni divisione cellulare, i telomeri delle cellule figlie sono più corti rispetto a quelli della cellula madre, e così via. Quando questi continui sminuzzamenti rendono il telomero un moncherino quasi inesistente, la cellula non si divide più».

CITOSINA

Ma se questo è il meccanismo, ed è così inesorabile come appare, in che modo si può intervenire per "allungare la vita", come suggerite nel titolo del libro?

«In realtà io e il mio team abbiamo scoperto che esiste un piccolo *bricoleur* che ripara le punte dei cromosomi: è un enzima che abbiamo chiamato telomerasi. Provvidenziale, perché – in certe condizioni – permette ai telomeri di

SCIENZE O ELISIR DI GIOVINEZZA

riallungarsi, posponendo, così, la morte delle cellule. È proprio per questo motivo che mentre ha senso commissionare l'analisi del genoma, dove i geni che vengono sequenziati non cambiano, oggi è inutile far analizzare i propri telomeri: possono variare nel tempo, anche nel giro di pochi mesi».

#### Come si evita che i telomeri si accorcino troppo?

«Da un lato stando attenti a ciò che li fa accorciare, e dall'altro conoscendo ciò che, appunto, può aumentare la produzione dell'enzima telomerasi. A oggi è ancora impossibile produrre un "elisir di giovinezza" che alzi artificialmente la telomerasi, perché si rischia che le cellule non smettano più di dividersi, ossia il cancro. Si può però puntare su una difesa naturale dei telomeri. Ad esempio con l'esercizio fisico: uno studio su 1.200 coppie di gemelli, che ci permette quindi di isolare gli effetti dell'esercizio fisico dai fattori genetici, mostra che il gemello più attivo ha telomeri più lunghi di quello inattivo. Le cause possono essere molteplici. Una di queste è un ormone che i muscoli rilasciano dopo l'esercizio fisico, l'irisina: brucia i grassi e protegge le ossa. L'attività fisica, inoltre, incrementa l'azione rigeneratrice della telomerasi. Abbiamo visto che anche un esercizio moderato, come quello della bicicletta, eseguito tre volte la settimana per tre quarti d'ora, in sei mesi raddoppia l'attività della telomerasi».

#### E il sonno influisce?

«Diversi studi mostrano che gli uomini che dormono solo cinque ore a notte hanno telomeri più corti degli uomini che ne dormono almeno sette. La quantità davvero importante di sonno è sette ore: dopo queste, i miglioramenti sono trascurabili. I cromosomi ci dicono anche che il sonno difende il sistema immunitario. Tra i telomeri che, in chi dorme meno di sette ore, si accorciano più rapidamente, ci sono infatti quelli di un tipo di linfocita del sistema immunitario, chiamato CD8, che perdela capacità di respingere gli invasori. Quando queste cellule invecchiano perchénon sono più in grado di replicarsi, diventiamo più vulnerabili a raffreddori e infiammazioni».

Quali altri fattori possono avvicinare la nostra "data di scadenza"?



CHI FA ESERCIZIO FISICO, CHI È OTTIMISTA E CHI DORME SETTE ORE A NOTTE HA TELOMERI PIÙ LUNGHI DI CHI È INATTIVO, PESSIMISTA E DORME TROPPO POCO

«Uno è il pessimismo: nel 2009 io e Elissa Epel, in studi su donne sane sia pre-menopausa che post-menopausa, abbiamo visto che le più pessimiste avevano i telomeri più brevi, in particolare quelli dei leucociti. Più in generale, ciò che ha effetto sui telomeri - e abbiamo riscontrato proprio una relazione di causa ed effetto, non una semplice correlazione - è la sensazione di essere "minacciati". Chi affronta gli ostacoli come "minacce" invece che come "sfide" è più esposto allo stress, e lo stress - quando è continuo - può accorciare i telomeri. Il pessimismo è una sorta di estensione nel tempo, e a tutte le circostanze, del senso di minaccia. Poi c'è la depressione, ancora più deleteria per i cromosomi, perché come ci dicono diversi studi – mentre il nostro organismo può riprendersi dai danni dello stress e, grazie all'enzima telomerasi, ripristinare i nostri telomeri, la depressione - se protratta per oltre sei mesi - può far sì che l'accorciamento dei telomeri diventi irrimediabile».

#### E l'obesità che effetto ha sui telomeri?

«I telomeri più corti non sono associati tanto con l'obesità in generale, ma

«È RISCHIOSO IL GRASSO ADDOMINALE, MOLTO MENO QUELLO SU FIANCHI E COSCE» con il grasso addominale, ossia quello che si accumula nel girovita. Stiamo parlando di individui con la sagoma "a mela", caratteristica preoccupante perché rivela che ci sono difficoltà nel controllare il glucosio: esistono studi che mostrano come la prevalenza del grasso addominale in un certo momento della vita aumenti del 40 per cento la probabilità di accorciamento dei telomeri nei cinque anni successivi. È stata inoltre provata la connessione tra telomeri corti (in particolare quelli dei globuli bianchi) e diabete. Ma attenzione, non è detto che si debba per forza essere magri per vivere a lungo: si può avere qualche chilo di troppo, ma è meglio se è ben distribuito o se dà luogo a una sagoma "a pera", cioè con il grasso accumulato su fianchi e cosce. Perché quello è il grasso sottocutaneo, molto meno rischioso per la salute».

#### Ouanto aiuta la restrizione calorica – quella delle "diete lampo" di oggi che comprendono anche il digiuno – ad allungare i telomeri?

«È inutile focalizzarsi sulle calorie. A contare è ciò che si mangia: una dieta con basso contenuto di zuccheri migliora la nostra salute metabolica interna, che è più importante del peso. Non sono certo l'unica a tessere l'elogio della dieta mediterranea, ma caso vuole che sia proprio il tipo di dieta che aiuta i telomeri, soprattutto per via degli Omega-3».

#### Un'ultima curiosità: come ricorda il momento in cui le è stata annunciata la vittoria del premio Nobel?

«Era l'ottobre del 2009. Arriva una telefonata alle due del mattino nella mia casa di San Francisco. Avevo appena preso sonno dopo essere stata, con mio marito, a una festa per i 95 anni di sua madre. Allo squillo ho subito pensato, preoccupata: "Oh no, l'abbiamo fatta strapazzare troppo, e ora si è sentita male!". Invece era una voce con accento svedese, che mi dava l'eccitante notizia del premio. Ero felice, ma un po' incredula, forse perché ancora mezza addormentata. L'incaricato del comitato svedese sembrò rendersene conto, perché mi disse con gentilezza: "Tra non molto la chiameranno molti giornalisti: forse è meglio che si prenda un caffè". Per inciso: la madre di mio marito in quel momento stava benissimo ed è arrivata serenamente a 101 anni: aveva telomeri meravigliosi».

Giuliano Aluffi