

**Milano** Doppio intervento alla Mangiagalli. «I piccoli sono fuori pericolo»

# Il miracolo dei due gemelli nati a un mese di distanza

*Il primo parto a 24 settimane. «Li abbiamo divisi per salvarli»*

MILANO — Due gemelli nati a un mese di distanza l'uno dall'altro. La nascita di Gregorio e di Leonardo, avvenuta alla clinica Mangiagalli di Milano rispettivamente il 18 marzo e il 18 aprile, è una sfida ai limiti della medicina.

Tra il primo vagito e il secondo sono passati trenta giorni: un intervallo eccezionale, senza precedenti in Italia. La protagonista del parto gemellare in differita è una negoziante di 41 anni residente a Ponte Lambro (a due passi da Como), il marito un imprenditore edile. Quando la donna viene colta dalle doglie è la mattina del 18 marzo ed è solo al 5° mese e mezzo di gravidanza: ma con Gregorio che spinge per uscire, il parto spontaneo non può essere evitato. L'altro bimbo — grazie a farmaci anticontrauzioni e cure antibiotiche contro le infezioni — riesce a essere tenuto in grembo esattamente quattro settimane in più. Fino alla notte del 18 aprile. L'evento è possibile perché i due bimbi sono in sacche amniotiche differenti. Il cordone ombelicale del primo viene tagliato, il secondo può rimanere ancora all'interno del ventre materno. Per tutto il tempo, ovviamente, la donna resta ricoverata in ospedale sotto stretta osservazione medica.

Entrambi i neonati vengono alle luce largamente al di sotto del peso normale. Gregorio pesa 650 grammi, Leonardo 1.080 (a livello nazionale appe-

na l'1% dei bambini nasce sotto il chilo e mezzo).

Non solo. Quando la madre viene presa dalle doglie è alla 24ª settimana di gravidanza (su 40): e i rischi di non sopravvivenza del neonato superano l'80%. Per capire come le nascite a quest'epoca di gestazione siano al limite tra la vita e la morte basta ricordare che la rianimazione dei feti di solito è prevista a partire dalla 22ª settimana e 3 giorni. Spiega il primario di Ginecologia della Mangiagalli, Luigi Fedele: «Quest'intervento, con la sua eccezionalità, ci permette di aprire nuove prospettive per affrontare i parti plurimi e la cura dei super-prematuri che, al contrario, sono eventi sempre più frequenti». I gemelli sono in aumento costante, sia per l'innalzamento dell'età materna, sia per la fecondazione assistita: dei 6.500 parti all'anno della clinica Mangiagalli, quelli plurimi sono il 4%. Di pari passo aumenta la probabilità di nascite premature: i parti sotto la 37ª settimana raggiungono ormai il 10%.

I due neonati sono ricoverati in terapia intensiva, dove sono destinati a restare ancora per settimane. «Ma si possono considerare fuori pericolo di vita, anche se le loro condizioni mediche sono in continua evoluzione. Li abbiamo divisi per salvarli», assicura il primario Fabio Mosca.

Per il momento, al caso di Gregorio e Leonardo se ne pos-

sono paragonare solo altri due in Italia, ma con un intervallo tra una nascita e l'altra decisamente minore. Uno è successo a Como nell'ottobre del 2001, con quattro gemelli partoriti al Valduce a due giorni di distanza. L'altro è avvenuto all'ospedale di Cuneo, con Agnese, Lorenzo e Ludovica Dalmasso, nati il 13, 16 e 17 ottobre 2010. Osserva Silvia Vegetti Finzi, psicologa dell'età evolutiva: «Gregorio e Leonardo verosimilmente avranno un rapporto più da fratelli che da gemelli. Il primogenito di solito sviluppa un rapporto di attaccamento speciale con i genitori, il secondo se lo deve maggiormente conquistare». Ma anche questo aspetto è ancora tutto da scoprire.

**Simona Ravizza**

[sravizza@corriere.it](mailto:sravizza@corriere.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La tecnica

L'evento è stato possibile perché i piccoli erano in sacche amniotiche differenti



**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**PERCHÉ L'AIDS HA UN DOPPIO VOLTO**

**C**he l'Aids non fosse un nemico invincibile si sapeva già. Da anni i sieropositivi che hanno la possibilità di ricorrere ai farmaci antiretrovirali convivono con il male, avendo una buona prospettiva di vita, fino a qualche tempo fa impensabile. Adesso che l'Istituto nazionale della salute degli Stati Uniti ha confermato che l'uso preventivo delle medicine blocca la trasmissione del virus, cresce l'ottimismo tra ricercatori, medici, aziende, pazienti e diminuisce la paura del contagio. Bene. Tuttavia se ragioniamo globalmente c'è poco da festeggiare, perché l'accesso alle cure è ancora una chimera per troppi infettati. Vediamo l'Africa subsahariana: i malati sono oltre ventidue milioni ai quali, appunto, non viene garantita la terapia (nonostante il recente dimezzamento dei prezzi, in Sudafrica) e quindi la sopravvivenza. Figurarsi se potranno avere le medicine dal momento in cui si diagnostica il male. Eppure la prevenzione (con farmaci e profilattici) sarebbe la migliore strategia nei paesi più colpiti. Perciò l'Aids ha ancora un doppio volto: della speranza per chi accede alle cure, della disperazione per chi non può.

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TUMORI/ Presentato dalla Favo il terzo rapporto sulla condizione dei pazienti

## Oncologia, cure non per tutti

Offerta regionale con troppe disparità e i malati scelgono la fuga al Nord

**L**e cure non sono uguali per tutti in Italia. Un'impetuosa verità che diventa ancora più dolorosa per malattie micidiali come i tumori. E così, nonostante diversi passi in avanti - dalla recente approvazione del piano oncologico all'immediata disponibilità, almeno sulla carta, dei farmaci antitumorali innovativi - le cure restano inaccessibili per tanti italiani malati oncologici. Dai posti letto alla radioterapia fino ai medicinali: troppe restano le disegualanze in Italia. Tanto che molti fanno le valigie e vanno al Nord per curarsi e molti altri sarebbero pronti a partire nel caso si ammalassero, magari andando anche oltre frontiera.

Ad aggiornare la mappa del pianeta tumori è il terzo rapporto promosso dall'Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici costituito dalla Favo (la Federazione che riunisce le associazioni dei volontari), dal Censis, dall'Inps, dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), dall'Associazione italiana radioterapia oncologica (Airo), dalla Società italiana di ematologia (Sic), dal **ministero della Salute** e dall'Istituto tumori di Milano.

«Le disparità nelle condizioni assistenziali dei pazienti oncologici hanno implicazioni significative sui costi sociali e, in particolare, su quelli privati che pesano sui malati e sulle famiglie - ha spiegato il presidente di Favo, l'ex ministro **Francesco De Lorenzo** -, riteniamo prioritario portare la qualità delle cure verso i livelli ottimali indicati dalle Linee guida e ridurre efficacemente le disparità tra Regioni». Del resto il cancro, come ha sottolineato anche il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, è sempre più «una malattia cronica», visto che, secondo i dati raccolti dall'Osservatorio permanente sui malati oncologici, sono in continuo aumento i cosiddetti «lungo-sopravvissuti», chi cioè ha ricevuto una diagnosi di tumore da più di cinque anni. Il numero di malati è, infatti, in netto aumento, data la copresenza di una serie di fattori che vanno dall'invecchiamento demografico all'avanzamento e alla maggio-

re diffusione delle tecniche diagnostiche fino alla migliorata efficacia dei trattamenti. La mortalità per patologia neoplastica rappresenta circa il 28% del totale dei decessi: è la prima causa di morte nell'età adulta. Rispetto al 1992 il numero di italiani viventi con una diagnosi di tumore è quasi raddoppiato. Oggi sono 2 milioni e 250mila (circa il 4% della popolazione) e 1 milione e 300mila persone (oltre il 57%) possono essere definite lungo-sopravvissuti. «Questi dati - conclude il segretario della Favo, **Elisabetta Ianneli** - confermano che quella oncologica è una patologia di massa che non può più essere considerata solo sotto il profilo della risposta all'emergenza sanitaria, ma necessita di forme di supporto prolungate nel tempo, fino a interventi che facilitino il reinserimento sociale e lavorativo».

**Farmaci subito disponibili.** Oltre la metà degli italiani (per l'esattezza il 54,3%) è convinta - secondo un'indagine del Censis presentata insieme al rapporto - che i nuovi

farmaci rappresentino le innovazioni tecnologiche e sociali che daranno maggiore impulso al cambiamento della vita in Italia nel prossimo futuro, superando addirittura le energie rinnovabili. Ma in realtà spesso l'accesso alle terapie è negato. Anche se sono stati fatti passi da gigante da quando l'accordo siglato dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 novembre 2010 ha reso più semplici e immediate le procedure di introduzione per le cure antitumorali che possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica: non è infatti più necessario il preliminare inserimento dei prodotti nei piani terapeutici regionali, che determinava evidenti disparità territoriali. Ma, per superare le disegualanze regionali, secondo la Favo, è necessario fare un ulteriore passo in avanti: «L'importante principio introdotto dalla Conferenza Stato-Regioni va applicato a tutti i farmaci oncologici, non solo a quelli innovativi», avverte De Lorenzo.

**L'offerta spezzatino.** In Italia i posti letto per i malati di tumore sono 6.752. Con grandi differenze tra le Regio-

ni: in Lombardia sono 1.080, in Calabria 174. La media nazionale è di 1,1 per 10mila abitanti, unico dato in controtendenza quello del Molise 2,1. Le dotazioni nell'area radioterapia vedono Trento distinguersi con 40,4 posti per milione di abitanti, la Toscana con 24,8 e il Friuli con 24,4, contro la media nazionale che si aggira intorno agli 11. Ma ci sono Regioni come Valle d'Aosta, Bolzano, Marche e Basilicata che ne sono completamente sprovviste. In Italia si contano in tutto 424 strutture di oncologia: anche in questo caso al di sopra della media nazionale c'è il Molise con 18,4 strutture per milione di abitanti. Sotto la media del 7,23 ci sono invece Bolzano (4,01), Basilicata (5,08), Puglia (5,64), Toscana (5,93), Friuli (5,69), Veneto (5,94), Calabria (5,97) ed Emilia Romagna (5,99).

**I viaggi della speranza.** Tutti pronti a fare le valigie, con il Nord come destinazione più ambita: secondo l'indagine Censis ben il 39% sarebbe pronto a migrare in un'altra Regione in caso di malattia, dato che sale al 48% per il Meridione. Il 39,1% sarebbe anche disposto ad andare all'estero per curarsi e il 3% lo ha già fatto. E il rapporto conferma la voglia di fuga: solo otto Regioni presentano, infatti, un indice di attrazione superiore all'indice di fuga, sia per i ricoveri per tumore che per i ricoveri per chemioterapia. L'indice di fuga maggiore è quello della Calabria sia per i ricoveri per tumori (55,62%) che per quelli di chemioterapia (32,86%).

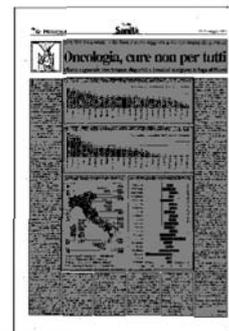
**Apparecchiature: solo sei Regioni in regola.** L'Airo ha effettuato un censimento sulle dotazioni tecnologiche in radioterapia, in particolare sul numero degli acceleratori lineari (Linac) distribuiti sul territorio nazionale. Solo in 6 Regioni su 21 (con una assoluta supremazia del Nord) hanno raggiunto l'obiettivo fissato nel 2002 di portare il numero di questi strumenti a circa 7-8 unità per milione di abitante. Disparità, queste, che costringono chi non dispone di un servizio di radioterapia vicino al proprio domicilio a spostamenti in altre città per il perio-

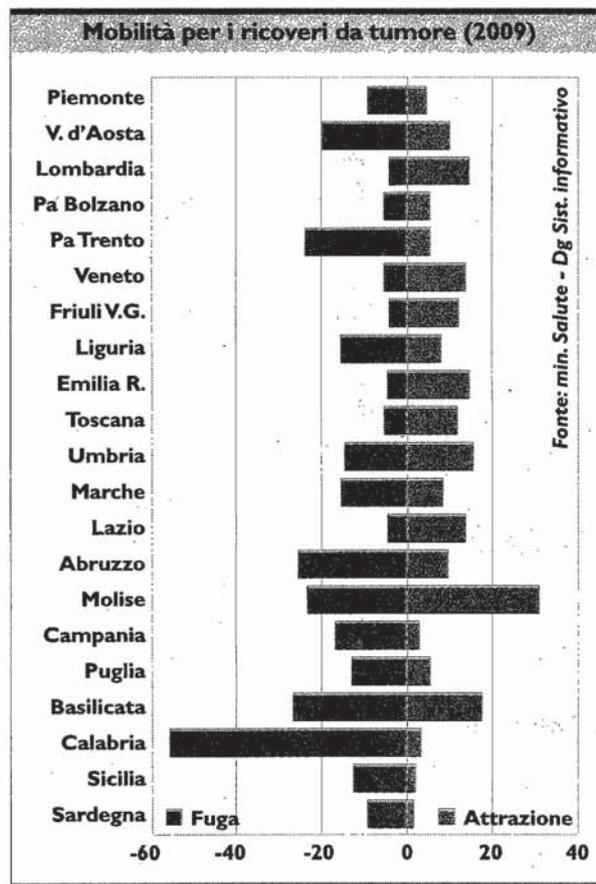
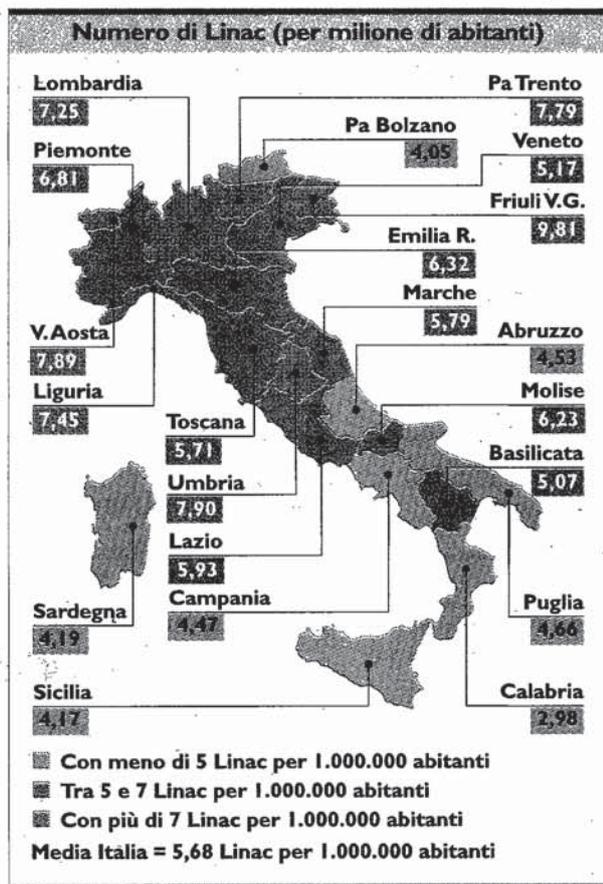
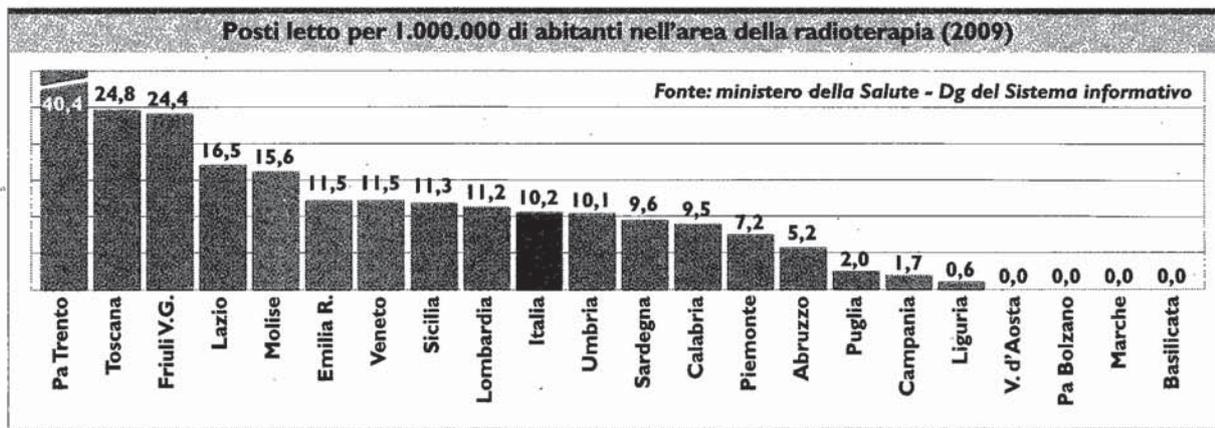
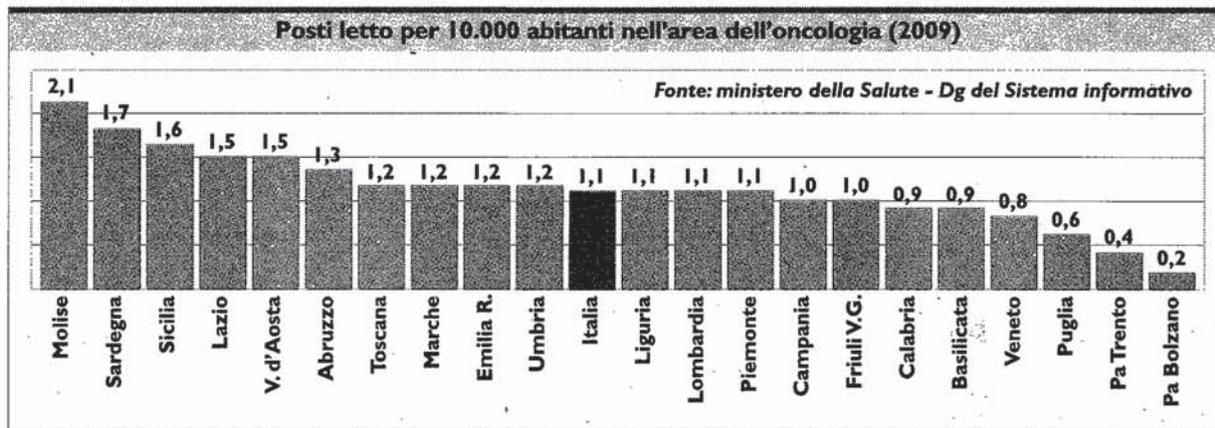
do di cura. Altro punto critico sul quale ha posto l'attenzione l'Airo è il grado di vetustà delle apparecchiature: «Esistono in Italia ancora troppi Linac più vecchi di 10 anni che non permettono di erogare trattamenti sofisticati, contribuendo così ad aumentare le disegualità».

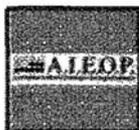
**Costi sociali.** Oltre ai costi in capo al Ssn, vanno considerati anche quelli che vengono affrontati direttamente dai cittadini: dal ticket alle prestazioni pagate per intero, dagli effetti sul lavoro e sui redditi alla dimensione psicologica, umana, relazionale, della vita sociale. Da un'estrapolazione ancora in corso del Censis si evince, per esempio, che il costo annuale a carico delle persone che rappresentano i nuovi casi di tumore alla mammella ogni anno (dato sulle sole donne) è pari quasi a 142 milioni.

**Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA







TRIALS CLINICI

**Polizze light per studi no profit**

● La ricerca clinica indipendente nel settore dell'oncologia pediatrica in Italia è bloccata da due anni da un decreto ministeriale del 2009 che ha aumentato i costi delle coperture assicurative a tutela dei partecipanti agli studi clinici. Titolare della denuncia, **Fulvio Porta**, presidente dell'Associazione italiana di Ematologia e oncologia Pediatrica-**Aieop**. Secondo Porta, il contenuto del decreto non ha avuto conseguenze di rilievo per le ricerche finanziate dalle case farmaceutiche, mentre quelle indipendenti, soprattutto nel settore dell'oncologia pediatrica, hanno subito una battuta d'arresto, tanto che solo uno dei cinque studi sperimentali non profit proposti - quello relativo alla leucemia linfoblastica acuta - è riuscito a partire.

Per questo l'Aieop ha chiesto un intervento del **ministero della Salute** propedeutico alla riscrittura della norma, prevedendo che i costi delle polizze assicurative relativi alle sperimentazioni non profit siano compresi nell'attività clinica generale di ogni struttura senza l'imposizione di ulteriori oneri.



# Il viaggio di 18 italiani verso Zurigo per «la dolce morte»

Ecco come nell'ultimo anno, prima del sì elvetico al referendum sul suicidio assistito, un gruppo di malati senza speranza ha lasciato il nostro Paese per trovare altrove una fine dignitosa

## Il caso

**ROBERTA RIANNA**

ROMA

**I**eri Zurigo ha detto sì al suicidio assistito per i non residenti. Ma nell'ultimo anno diciotto italiani si sono recati in Svizzera per morire con dignità: malati oncologici o di Sla approdati alla Dignitas della città elvetica. Custode del rituale è Emilio Coveri, presidente della torinese Exit-Italia. L'associazione fa da ponte con quella svizzera e, insieme a Libera Uscita, siede al tavolo della World Federation of Right to Die Societies. Sono i pazienti stessi a spedire oltr'Alpe le cartelle cliniche. Un'equipe medica le esamina e decide che farne. Ovvero, accoglierle o respingerle. Negli ultimi dodici mesi ne ha vagliate 380, di cui un terzo ha ottenuto il via libera. Ma solo un'ottantina sono stati i suicidi eseguiti. Quando la "luce verde" di Dignitas si accende, è il malato a scegliere. «Spesso rinuncia o temporeggia. Gli basta sapere di avere una via di fuga». C'è anche chi va fino in fondo. Chi, dopo pochi giorni, ha già in tasca il biglietto per Zurigo. Tra la richiesta di assistenza e il viaggio del non ritorno trascorre in media un mese. Giusto il tempo di preparare i documenti, segnalare l'indirizzo dove recapitare l'urna o la salma e coinvolgere i familiari. Sempre che si desideri farlo.

**Nell'opuscolo informativo** che Exit-Italia fornisce agli associati, Coveri consiglia di non farsi accompagnare. «Meglio soli», dice. Il Codice penale italiano è perentorio. Agli articoli 579 e 580 prevede il reato di "omicidio del consenziente" e "istigazione al suicidio". Una legislazione che, per il presidente dei Radicali Silvio Viale, «scorag-

gia ogni gesto di compassione». Il rito si compie nelle stanze dell'associazione fondata da Ludwig Minelli. E' lui con il suo staff a garantire ai malati di mezza Europa un addio dignitoso, quando all'orizzonte c'è solo dolore. Ciascun paziente è affidato a un camice bianco, o a un semplice volontario, che se ne prende cura dall'inizio alla fine. E' suo compito sondare la determinazione, chiedere fino a un istante prima: «Sei sicuro di volerlo fare? Dopo che avrai bevuto la potion (in francese pozione), non potrai più tornare indietro». All'ennesimo sì, se la volontà è solida, il suicidio ha inizio. L'assistente somministra due pastiglie di antiemetico, che inibisce il vomito. Dopo una ventina di minuti l'ultimo bicchiere: uno "sciroppo" a base di sonnifero e pentobarbital di sodio. Tempo cinque minuti e il cuore si arresta.

**Per smettere di vivere** basta mezz'ora. Ma la preparazione, per l'Ex International di Berna, deve essere accurata. L'associazione patrocinata dal professor Julius Hackethal, con finalità affini alla Dignitas, elenca nel suo statuto i capisaldi della "libera morte". La prima regola è che la patologia sia irreversibile. La seconda è che il paziente sia in grado di intendere e volere. Terza e quarta, che possa recarsi in Svizzera e che desideri coinvolgere i propri cari. Al quinto punto, che sia capace "di assumere e assorbire un decilitro di liquido amaro". Accertate le premesse, si può procedere. La decisione in alcuni casi parte da lontano. Silvio Viale, pioniere della pillola abortiva, ha già dato il proprio assenso. «Paghi un'ottantina di franchi per l'iscrizione e qualunque cosa accade sei pronto. Per me è una sorta di polizza per il futuro». ♦



# DA SPAGNA E SVIZZERA PIÙ DIRITTI ALLA DOLCE MORTE

Il referendum elvetico garantisce la possibilità di eutanasia anche per gli stranieri

di **Alessandro Oppes**

Madrid

**S**ì alla "dolce morte" per gli stranieri, sì al suicidio assistito. Con un doppio referendum, gli svizzeri hanno respinto a larghissima maggioranza le iniziative di una piccola formazione di destra e del partito evangelico con le quali si voleva spazzare via dalla legislazione le norme sul fine vita, appena 48 ore dopo che - in Spagna - il governo Zapatero aveva varato il progetto di legge sulla "morte degna". A suscitare le polemiche più accese, tra gli elettori elvetic, è stata la proposta che cercava di frenare il cosiddetto "turismo della morte": la possibilità, per gli stranieri, di recarsi nel cantone di Zurigo per porre fine alla loro vita nel caso in cui fossero affetti da un male incurabile. L'iniziativa che puntava a limitare questo diritto ai soli residenti da almeno un anno nella regione è stata respinta con il 78,4 per cento dei voti. Con il secondo referendum, invece - proposto dai conservatori dell'Unione democratica federale e del Partito evangelico - si chiedeva di proibire a livello nazionale il suicidio assistito: in questo caso, i "no" hanno raggiunto l'85 per cento, soprattutto in seguito a una mobilitazione molto attiva di tutte le forze politiche di sinistra.

**IL SUICIDIO ASSISTITO** è legale in Svizzera dal 1941 e può essere praticato da persone che non siano medici ma che non abbiano un interesse personale nella morte del richiedente. E il caso, ad esempio, dell'organizzazione Exit, il cui vice-presidente Bernhard Setter sostiene che il risultato del referendum di domenica conferma la "tradizione umanitaria della Svizzera, un paese abituato a correre in soccorso degli altri". Ma il governo di Berna ha allo studio una mo-

difica di questa legge, per fare in modo che venga utilizzata solo come ultima risorsa nei casi di malattia terminale. L'esecutivo della Confederazione punta anche a limitare il "turismo della morte", un fenomeno che si è sviluppato notevolmente negli ultimi anni (soprattutto con l'arrivo di malati terminali dalla Francia, dal Regno Unito e dalla Germania) proprio perché la Svizzera ha una delle legislazioni più liberali del mondo su questo tema.

Gli unici paesi in cui è consentita l'eutanasia sono, fino a ora, l'Olanda, il Belgio e, negli Usa, il solo Stato dell'Oregon. Ma, con un progetto di legge presentato venerdì in Consiglio dei ministri, anche il governo spagnolo di José Luis Rodríguez Zapatero è entrato fra il ristretto numero di paesi che hanno deciso di affrontare il tema del fine vita. L'ha chiamata, in termini in qualche modo ambigui, "legge regolatrice dei diritti della persona nel processo finale della morte, soprattutto per cercare di attenuare l'impatto di una prevedibile polemica politica. Anche se, in realtà, sulla stampa ultraconservatrice e in ambienti vicini alla Conferenza episcopale si comincia già a parlare di "eutanasia camuffata". La norma varata dall'esecutivo socialista regola la "morte degna": ai malati terminali verrà garantito il diritto a una sedazione palliativa che permetta di morire senza dolore e senza accanimento terapeutico. Si rispetterà la volontà del paziente, che potrà rinunciare a sottoporsi a un trattamento medico che allunghi artificialmente la vita. Il malato avrà anche il diritto a ricevere il sostegno emozionale di psicologi e un appoggio spirituale a seconda delle proprie convinzioni religiose. La legge - che non permette l'obiezione di coscienza da parte dei medici - rafforza al-

tri diritti già esistenti, come quello del testamento vitale, cioè la possibilità di manifestare per iscritto le ultime volontà sul trattamento da ricevere durante il processo di agonia.



**Ricerca** Sarà presto in vendita in Gran Bretagna. Ma è un bene conoscere la fine in anticipo?

# Se un test da 500 euro ci dice quanto vivremo

di EDOARDO BONCINELLI

C'è qualcosa nelle nostre cellule che si accorcia con ritmo costante con il passare degli anni e poterne misurare la lunghezza significa sapere qual è la nostra età biologica effettiva e quanto ancora ragionevolmente ci resta da vivere. Si tratta dei «telomeri», una sorta di cappuccetti che servono a proteggere le estremità di tutti i nostri cromosomi. Le cellule dell'embrione e quelle tumorali ce l'hanno della loro massima lunghezza, mentre in ogni altra cellula del corpo abbiamo una lunghezza decrescente. Sembra che oggi si possano misurare in un modo relativamente semplice e poco dispendioso. Per essere precisi con 435 sterline, circa 500 euro, come riportava ieri il quotidiano inglese *The Independent*.

La notizia non mancherà di creare polemiche e suscitare dibattiti nazionali, con ricadute di carattere commerciale ed etico-morale. Perché basterà fare un semplice prelievo del sangue per «radiografare» l'invecchiamento di una persona e calcolare così la linea del tempo che manca per esalare l'ultimo respiro. A seconda della lunghezza dei telomeri, dicono i ricercatori-medici, si potrà verificare la reale età biologica di un individuo e stabilire con una certa precisione quanto gli resta da vivere.

Il test, molto controverso, è stato messo a punto in Spagna (dal Centro nazionale per la ricerca sul cancro) e sarà commercializzato a breve in Gran Bretagna. Maria Blasco, l'ideatrice, spiega che «sappiamo che chi nasce con telomeri più corti ha una durata della vita più breve anche se non possiamo dire se chi li ha più lunghi ha davanti a sé la vita di Matusalemme».

Si potrà però sapere qual è la nostra vera età biologica e so-

prattutto se, per caso, siamo partiti svantaggiati.

Due considerazioni: una tecnica e una di carattere esistenziale. Tecnicamente non è assolutamente garantito che a telomeri lunghi corrisponda una vita lunga, ma certo i fenomeni corti non lasciano molo bene sparare. Sono test che hanno quindi un valore statistico: in una larga popolazione predicono abbastanza bene la lunghezza della nostra vita. Purtroppo questa conoscenza, come tutte quelle portate dalla medicina predittiva, possono anche cadere in mani sbagliate di speculatori o di assicuratori senza scrupoli (come si comporteranno le compagnie di assicurazioni: negheranno o alzeranno le polizze a persone con telomeri corti?). Dal punto di vista esistenziale è bene o è male sapere queste cose? Io sono sempre stato convinto del fatto che sapere è meglio di non sapere, ma è chiaro che questa conoscenza comporta spesso un di più di consapevolezza e un'assunzione di responsabilità. Se so che sono destinato biologicamente a vivere a lungo, ogni incidente, ogni malattia, mi provocheranno un di più di angoscia. Poiché però è da supporre che tutti avremmo più o meno la stessa aspettativa di vita, la cosa non dovrebbe turbarci più di tanto. La saggezza suggerisce comunque di impostare la propria vita come se ogni giorno potesse essere l'ultimo. Così facendo non si avranno mai delusioni e si imprimerà una spinta equilibrata alla nostra vita e al nostro legittimo desiderio di viverla appieno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Dati sensibili

I timori che i risultati finiscano nelle mani delle compagnie di assicurazione



### Come funziona

I telomeri sono composti da sequenze ripetute di DNA

**Telomeri**  
I telomeri sono strutture poste alle estremità di tutti i cromosomi che con l'età diventano sempre più corte. Misurandone la lunghezza, gli scienziati sono in grado di scoprire con quale velocità una persona sta invecchiando

**I telomeri si accorciano con l'età**  
Ogni volta che una cellula si divide, i telomeri si accorciano (un segno dell'invecchiamento) fino a consumarsi definitivamente

**Cromosomi e in rosso i telomeri**

Cellula  
Cromosoma  
Nucleo  
Telomero

EMANUELE LAMEDICA

## LA RICERCA

Basterà un prelievo di sangue. Scontro etico e scientifico

## «Quanto vivrò?» Per saperlo 500 euro

In arrivo sul mercato inglese un test che misura la velocità d'invecchiamento

di CARLA MASSI

ROMA - Cinquecento euro in tasca, un prelievo di sangue e il desiderio di sapere quanto resta da vivere. Quando sarà l'anno della morte. Servono soldi, coraggio e una cieca fiducia in un esame genetico, dunque, per decidersi a comprare un test in grado di prevedere quando sarà la fine. Un test messo a punto in Spagna che, entro l'anno, dovrebbe essere commercializzato in Gran Bretagna. Il prezzo? 435 sterline. Si tratta di un'analisi ad alto tasso di controversia: misura le strutture vitali sulle estremità dei cromosomi, i telomeri. Già da tempo riconosciuti come gli indicatori ottimali della velocità dell'invecchiamento.

A seconda della lunghezza dei telomeri, dunque, si può verificare la reale età biologica di una persona e vedere se è più vecchia o più giovane di quella che è sulla carta di identità. I telomeri sarebbero degli autentici orologi biologici: a seguito della riproduzione cellulare la loro lunghezza si riduce fino a quando non riescono più a svolgere la loro funzione protettiva nei confronti dei cromosomi. E' il momento in cui le cellule non riescono più a riprodursi correttamente. Invecchiano e muoiono. Da qui la predittività dell'analisi del sangue.

«Sappiamo che chi nasce con telomeri più corti - spiega Maria Blasco, del centro nazionale spagnolo per la ricerca sul cancro che ha messo a punto il test commerciale - ha una durata della vita più breve, ma non sappiamo se chi li ha più lunghi ha davanti una

vita da Matusalemme». Certo è che il solo annuncio della dottoressa che sta lavorando all'analisi ha scatenato polemiche nei laboratori. E' solo un mega business, accusano i più. Ma c'è anche chi sostiene: è la risposta alla domanda che l'uomo da sempre si fa, quando morirà?

«Se chiedi in giro cosa preoccupa di più - si affretta a spiegare Jerry Shay, genetista dell'università del Texas e consulente di Life Length l'azienda che si occupa della commercializzazione del test - la risposta più comune è la paura della morte». Altro che paura della morte, rispondono medici ed esperti di bioetica: il vero timore è che le società di assicurazione e le mutue usino questo esame per negare o alzare le polizze. Oppure che, all'indomani dell'uscita sul mercato del test, altre aziende rispondano con elisir di lunga vita, prodotti miracolosi capaci di contrastare l'urto della vecchiaia.

Pollice verso al prelievo scopri-morte anche da parte di chi, con i telomeri, ci ha lavorato una vita. Ed è arrivato fino al Nobel. Come Carol Greider: «A mio giudizio non ha senso offrire di misurare i telomeri in modo che la gente possa conoscere la propria età reale».

Come tentano di fare tutti quelli che ogni giorno cliccano sui siti che, così è scritto, riescono a calcolare la presumibile data della morte. E anche il modo. Basta compilare una scheda con i propri dati, lo stato civile, le proprie abitudini e il calcolatore si mette in moto sfornando tutti i dettagli della fine. Il giorno, il mese, l'anno, l'ora e la causa. Ecco il vostro risultato, appare scritto sul sito di Death clock, alla fine dell'operazione. Un gioco macabro che sembra attirare molti più aficionados di quanto si possa immaginare.



Un dato: viene garantita anche la scientificità del calcolo sulla homepage del sito. Bastano i commenti di quelli che il calcolo se lo sono fatto fare per capire quali effetti nefasti possa regalare un simile macabro gioco. C'è Liù, di diciotto anni, straordinariamente felice di raggiungere il 2070, c'è Armando che vede la fine intorno al 2020 ed è sgomento, c'è Anna che, ormai, vive ossessionata dal tempo che passa e c'è chi, con gli amici, scommette sulle date che malignamente regala il sito. Dispensatore moderno di morti annunciate.

«Lasciamo perdere Internet che può scatenare dei disastri emotivi non da poco - commenta Carlo Nozzoli, presidente della Federazione delle Associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti a congresso a Firenze - emanteniamo, comunque, un certo scetticismo verso questo esame. In particolare in un paese come il nostro, al primo posto per longevità. Più che sapere quando ipoteticamente si muore sarebbe meglio pensare all'apparato cardiovascolare fin da giovani. Se quello sta bene possiamo pensare di invecchiare più tranquillamente. Salvaguardiamo il cuore più che possiamo. Le sue risposte vanno considerate come dei veri test. Mettiamo che i telomeri di una persona siano lunghi e indichino longevità. Ma, se quella stessa persona mangia in modo esagerato, fuma a raffica, non si muove e, insomma, fa di tutto per distruggere il proprio corpo non c'è gene che tenga. Il vantaggio iniziale viene tutto distrutto irreparabilmente. Per questo, dico che l'attendibilità del test è molto bassa».

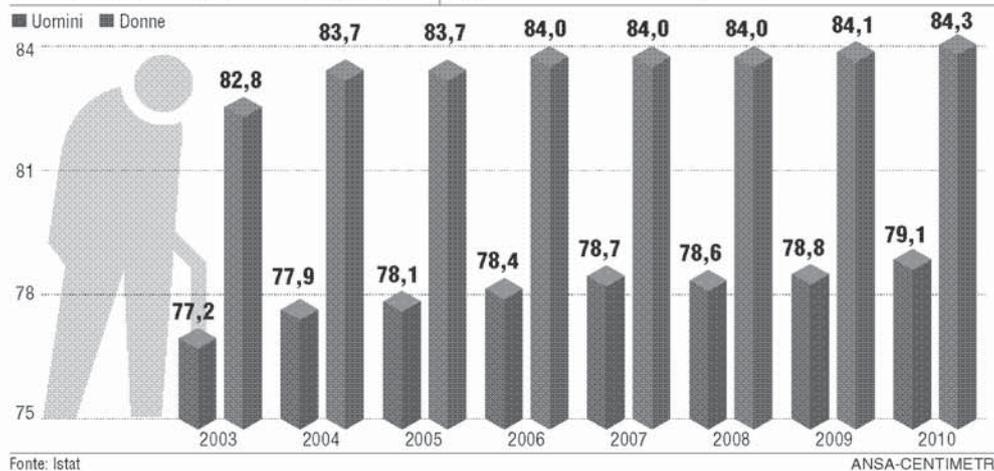
## Il Nobel del 2009 a chi aprì la strada al nuovo esame

ROMA - Il premio Nobel 2009 per la Medicina è andato Elisabeth H. Blackburn, Carol W. Greider e Jack W. Szostak, (nella foto le due donne) ricercatori statunitensi. Il modo in cui i cromosomi sono protetti dai telomeri e l'azione della telomerasi, è questo la scoperta del 1985 che li ha portati al premio Nobel.

Una scoperta che ha aperto la strada alla ricerca sull'invecchiamento cellulare. Tra le diverse applicazioni della ricerca, quella mirata alla comprensione del meccanismo di crescita di un tumore. Quindi, in quale modo si riproduce e resta in vita.

RIPRODUZIONE RISERVATA

### La crescita della longevità | Speranza di vita alla nascita (in anni)



# Il futuro a 500 euro un test del sangue ci dirà quanto vivremo

Basterà un semplice prelievo per stabilire quale sarà la data approssimativa della nostra morte. L'analisi, disponibile in Inghilterra e in Spagna entro fine anno, in futuro potrà costare meno

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE  
**ENRICO FRANCESCHINI**

**V**orreste sapere quanto durerà la vostra vita? Per 500 euro lo scoprirete presto. Un rivoluzionario esame del sangue, basato su nuove indagini del Dna, è in grado di stabilire se la nostra "età biologica" è più avanti o più indietro rispetto all'età anagrafica, ovvero se stiamo invecchiando lentamente o rapidamente, permettendo di risalire da questa informazione a una previsione sulla durata della vita. Si fa un normale prelievo di sangue, si invia il campione a un laboratorio, lo si sottopone a un test e dopo un po' arriva la risposta: la data — sebbene non precisa al punto da indicare giorno e mese — della nostra morte.

Un laboratorio spagnolo e una clinica inglese contano di lanciare il "life test", l'esame della vita, entro fine anno, prevedendo che entro un decennio analisi del genere diventeranno la norma in tutti i paesi industrializzati. Le implicazioni per la prevenzione di malattie potenzialmente fatali, dai disturbi cardiocircolatori ai tumori, dal morbo di Alzheimer al diabete, sono enormi, aprendo prospettive inedite alla medicina, in modo da intervenire prima che il male si manifesti. Ma ci sarebbero anche conseguenze per le compagnie di assicurazioni, che certamente richiederebbero i risultati di un test simile prima di firmare polizze sulla vita, in modo da sapere se l'assicurato ha davanti a sé poco o molto da vivere. E infine ci sono le questioni di carattere etico: è giusto cercare di sapere in anticipo quanto vivremo? Ed è consigliabile? Ci farebbe bene o male, dal punto di vista

psicologico, sapere sia pure approssimativamente quando moriremo?

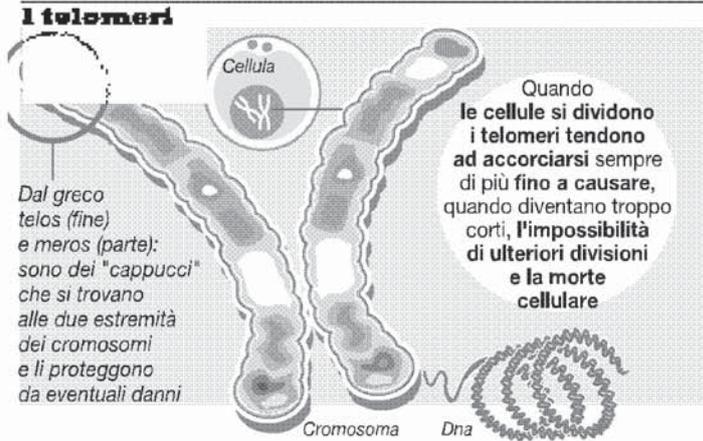
«Penso che tutti siano curiosi sulla propria mortalità», afferma il professor Jerry Shay, direttore del Medical Centre della University of Texas Southwestern e consulente della Life Length (Durata della vita), la società spagnola che ha approntato il nuovo test. «Se chiedi a qualcuno cosa lo preoccupa di più, la maggior parte delle persone risponderà: l'idea della morte. Uno dirà: se so che mi restano da vivere solo 10 anni, spenderò tutti i miei soldi e me la spaserò. Un altro dirà: se so che vivrò altri 40 anni, sarò parsimonioso, risparmierò. Credo che questo esame susciterà grande interesse».

Inventrice del test è Maria Blasco, studiosa del Centro Ricerche Nazionali sul Cancro di Madrid. La sua scoperta parte da un dato noto: i telomeri, strutture sulla punta dei cromosomi, tendono ad accorciarsi progressivamente con l'età, fatto che viene associato al processo di invecchiamento della cellula e dell'intero organismo. «Le persone nate con telomeri più corti del normale tendono ad avere una durata della vita più corta», dice la ricercatrice spagnola, ma ciò si sapeva. Esistono numerosi studi in materia. La lunghezza dei telomeri è un buon indicatore per stabilire se una persona di 60 anni potrà vivere altri 15. Donne in alto stato di stress sono risultate avere telomeri più corti della norma; e d'altra parte la meditazione e varie forme di riduzione dello stress possono allungare i telomeri. La novità è che ora un semplice esame del sangue, per 500 euro (ma più gente farà il test, più il costo scenderà), può misurare con estrema precisione la lunghezza

di questi "termometri" dell'esistenza: farci sapere se la nostra età biologica corrisponde a quella anagrafica e rivelarci quanto ci resta da vivere. Sempre che uno voglia davvero scoprirlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



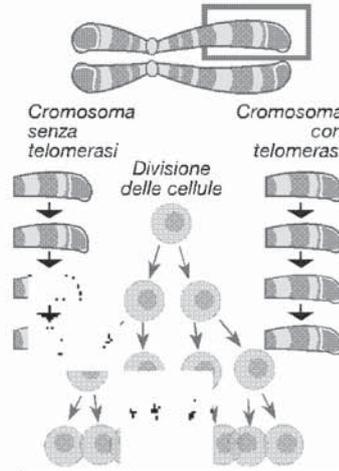


- Telometri corti sono collegati con l'invecchiamento precoce e molte malattie

*Misurandola lunghezza dei telomeri è possibile calcolare l'aspettativa di vita*

**Cappucci protettivi**

- Senza la telomerasi (un enzima che ricostruisce i telomeri) i cromosomi si ridimensionano nel tempo e le cellule alla fine smettono di dividersi



**IL RAPPORTO****Lea 2009, Fazio dà i voti***Promosse solo otto Regioni - Situazione critica al Sud*

**S**olo otto Regioni, tutte del Centro-Nord hanno garantito nel 2009 Lea efficienti. Per tre il rispetto degli adempimenti sull'erogazione delle prestazioni è stato parziale, mentre in sei Regioni (tutte del Sud più il Lazio) la situazione è critica.

L'analisi è del **ministero della Salute** che ha verificato alcuni adempimenti per le Regioni che il Comitato Lea deve certificare per garantire l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse.

A PAG. 9

**MINISTERO DELLA SALUTE / I risultati del mantenimento dell'erogazione nel 2009**

# Lea: le pagelle alle Regioni

**Promosse solo otto amministrazioni - Bocciature tutte al Sud e nel Lazio**

**S**olo otto Regioni e tutte del Centro-Nord hanno garantito nel 2009 Lea efficienti. Per altre tre il rispetto degli adempimenti per il mantenimento dell'erogazione dei Lea è stato parziale, mentre in sei Regioni, tutte del Sud più il Lazio, la situazione è davvero critica.

L'analisi l'ha effettuata il **ministero della Salute** che ha verificato alcuni adempimenti per le Regioni a cui sono legati anche i maggiori finanziamenti che il Comitato Lea deve certificare per garantire «appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse». La certificazione degli adempimenti avviene attraverso la valutazione di un questionario basato su una serie di indicatori e un'analisi integrata con informazioni già presenti presso il ministero.

La certificazione degli adempimenti dell'area «mantenimento nell'erogazione dei Lea» va dalle liste di attesa al processo di accreditamento, dalla valutazione di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzo delle risorse alla verifica che l'erogazione di livelli aggiuntivi avvenga con ulteriori risorse, dalla verifica del recepimento di accordi e intese Stato-Regioni ai controlli sulle cartelle cliniche. Le soglie degli indicatori sono state scelte in base a diversi fattori: dove sono disponibili si consultano provvedimenti, documenti programmatici istituzionali nazionali e internazionali, progetti di ricerca. Se non si può, ci si avvale dell'analisi delle distribuzioni fatte con i dati disponibili e su scelte di natura politica e di compromesso tra i rappresentanti del comitato Lea.

**Promossi e bocciati.** Il risultato finale, ottenuto dividendo i punteggi in tre classi: adempiente >160; adempiente con impegno su alcuni indicatori 130-160; critica <130, e assegnando un punteggio a seconda della posizione della Regione sulla griglia degli indicatori, promuove Emilia Romagna, Lombardia (queste due Regioni con

la media dell'8), Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Ve-

neto (media 7) e Liguria, «rimanda» Basilicata (per colpa dell'alta percentuale di cesarei), Sardegna (per colpa della spesa farmaceutica e delle scarse azioni di prevenzione) e Puglia (ancora una volta per colpa dei cesarei eccessivi).

Bocciate del tutto invece («valutazione critica» è la versione del rapporto) le altre Regioni a statuto ordinario. In particolare per il Molise non va il fatto di aver delegato al piano di rientro il capitolo (che è un adempimento Lea) relativo all'assistenza residenziale e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera. Stessa musica per l'Abruzzo che al piano di rientro ha affidato gli obiettivi dell'assistenza farmaceutica e di quella agli anziani e degli hospice. Ancora non va nemmeno per la Sicilia l'aver rinvio al piano di rientro gli obiettivi relativi all'assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, alla spesa farmaceutica e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera. In Campania sono tutti gli aspetti di assistenza territoriale e ospedaliera a essere stati «rinviiati» al piano.

Il Lazio invece ha previsto nel piano di rientro (e quindi non ha adempiuto ai relativi Lea) gli aspetti del recupero di efficienza e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e del contenimento della spesa farmaceutica. Per la Calabria infine, come per la Campania, il rinvio riguarda tutti gli aspetti di assistenza territoriale e ospedaliera.

Ma rispetto al voto «generale» ci sono poi i singoli voti per ogni indicatore (si veda tabella a fianco) e in questo caso in realtà nessuna Regione guadagna pieni voti su tutto il fronte.

**Paolo Del Bufalo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

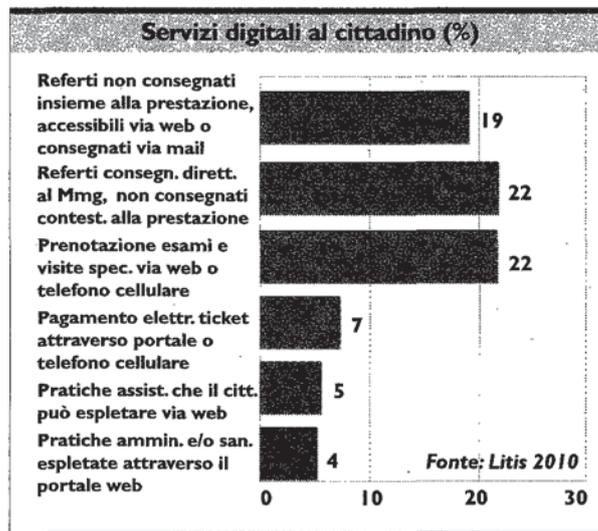
**Il rinvio ai piani di rientro si traduce nel mancato rispetto dell'adempimento**



Il decreto sviluppo prevede la digitalizzazione dei pagamenti e l'invio web dei referti

# Servizi on line, Asl in affanno

Federsanità: «Qualcuno resterà indietro» - Fiaso: «Dura senza incentivi»



**Lo sviluppo dell'Ict nel Paese**

Aree geograf.	Innov. episod.	Innov. base	Innov. diffusa	Innov. integr.	Innov. bilanc.
Nord-est	3,33	13,33	20,00	13,33	50,00
Nord-ovest	2,33	20,93	34,88	16,28	25,58
Centro	22,73	18,18	13,64	31,82	13,64
Isole	21,74	21,74	26,09	26,09	4,35
Sud	44,83	31,03	6,90	17,24	-

Fonte: Litis 2010

**S**uona un po' come un azzardo: entro sei mesi attrezzare Asl e ospedali d'Italia in modo da effettuare on line qualsiasi transazione finanziaria della Sanità pubblica con i cittadini e le imprese. Consentendo il pagamento on line dei ticket e consegnando ai pazienti che lo richiedono tutti i referti medici via web, posta elettronica certificata e qualsiasi «forma digitale» possibile.

La scommessa è contenuta nel decreto sviluppo (articolo 6), ora alla firma del capo dello Stato, e ha l'obiettivo di «facilitare e semplificare» i rapporti degli italiani col Ssn e di «accelerare il percorso di razionalizzazione e dematerializzazione» delle procedure amministrative delle aziende sanitarie

pubbliche. Il tutto ovviamente «senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica». Ce la faranno le nostre aziende e i nostri ospedali a superare questa ulteriore sfida? L'ultimo check up del febbraio 2010 - curato da Federsanità su incarico del ministero dell'Innovazione - sui cosiddetti livelli di innovazione tecnologica in Sanità («Litis») - parlava solo di un 19% di Asl in grado di rendere i referti accessibili via web. E di un ancora più scarso 7% già in pista con i pagamenti elettronici dei ticket. Da allora qualcosa è cambiato? **Angelo Lino Del Favero**, presidente di Federsanità Anci, è ottimista: «Sulla Sanità elettronica ci sono grande fermento ed entusiasmo nelle Asl che si stanno muovendo

molto sul fascicolo sanitario e l'e-prescription». «Certo - aggiunge Del Favero, che è anche Dg dell'Asl Pieve di Soligo - c'è chi rimarrà indietro e non riuscirà a rispettare i tempi, ma su questo fronte non si può tornare indietro ed è giusto spingere ad andare avanti». Condivide l'iniziativa **Giovanni Monchiero**, presidente di Fiaso, che però sottolinea come «in un momento in cui le Asl non hanno un becco di un quattrino sia dura fare nuovi investimenti in tecnologie». «Non si tratta di investimenti colossali, anzi - aggiunge il presidente Fiaso -, però con metà Sanità italiana sotto piano di rientro e l'altra metà con le risorse a zero non è facile chiedere impegni senza almeno qual-

che piccolo incentivo».

Le modalità tecniche di attuazione dei servizi on line saranno affidate a un decreto del presidente del Consiglio dei ministri - proposto dai ministeri dell'Innovazione e della Salute, concertato con l'Economia e garantito dall'Authority per la privacy - che dovrà essere approvato entro novanta giorni dalla conversione in legge del «decreto sviluppo». Asl e ospe-



dali avranno a loro volta 90 giorni di tempo per applicarlo e mettere davvero a disposizione dei cittadini i servizi di pagamento (ticket e prestazioni varie) on line e la consegna dei referti medici in forma digitale, lasciando intatto il diritto dei pazienti di ottenere «anche a domicilio» la copia su carta del referto medico adottato in forma elettronica.

La misura si è resa necessaria perché senza una norma di legge che prevedesse la necessità di informatizzazione per tutte le aziende non si sarebbe mai raggiunta l'uniformità necessaria a garantire a tutti i cittadini lo stesso diritto. Ovviamente il decreto interministeriale previsto dal Dl sviluppo prevederà modi e tempi del processo, ma ci vorrà altro.

Il ministero dell'Innovazione ha già in cantiere la possibilità di realizzare linee guida che a esempio prevedano le tecnologie adatte alla digitalizzazione su tutto il territorio nazionale, per far interagire i sistemi tra loro. E per evitare dispersione di risorse si sta anche pensando di prevedere meccanismi centralizzati di gara (analoghi a quelli Consip) per l'acquisto dei prodotti hardware e software nelle aziende rimaste indietro e dei necessari aggiornamenti in quelle già "fornite" per omogeneizzare i sistemi operativi attuali.

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel Global report 2010 il punto sulle malattie croniche e la strategia per contrastarle

# Piaga cronicità, la ricetta Oms

Causano l'80% dei morti nei Paesi poveri - Azione a 360° sui fattori di rischio

DI BARBARA GOBBI

**L**a ricetta per contrastarle non è semplice, perché ciò che serve è soprattutto un'azione di sistema. Che manca proprio in questi Paesi in cui la cronicità colpisce di più, in termini di morti e di giorni di vita sana persi. Eppure, basterebbe mettere in campo una serie di azioni a basso costo e di sicuro impatto per agire sui fattori di rischio che le causano. Stiamo parlando del flagello malattie croniche, non più appannaggio del mondo ricco. Se dei 57 milioni di morti nel 2008, il 63% (36 milioni) è infatti attribuibile a malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie, ben l'80% della mortalità è concentrato in Paesi a basso e medio reddito.

La cronicità è la principale causa di morte in tutte le realtà, Africa esclusa. Ma anche qui, avverte l'Organizzazione mondiale della Sanità nel primo "Global status report sulle malattie non trasmissibili", se non si correrà rapidamente ai ripari le morti per cronicità arriveranno nel 2030 a eguagliare i decessi dovuti a malattie infettive, mortalità materno-infantile e denutrizione/malnutrizione.

Ce n'è abbastanza perché gli Stati più colpiti si decidano a mettere in campo interventi di contrasto efficaci. Le misure praticabili, avverte l'Oms con la promessa di verificarne l'attuazione in un nuovo report programmato nel 2013, non mancano. Anche quelle con un ottimo

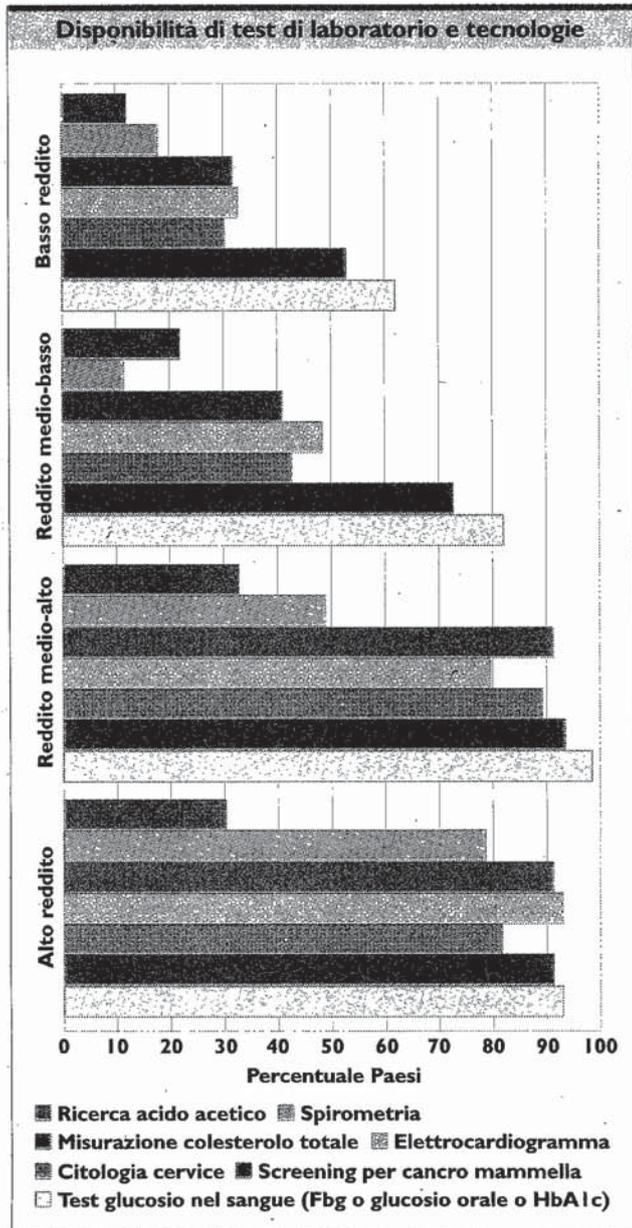
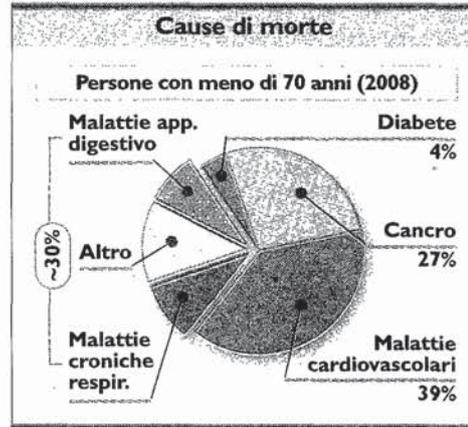
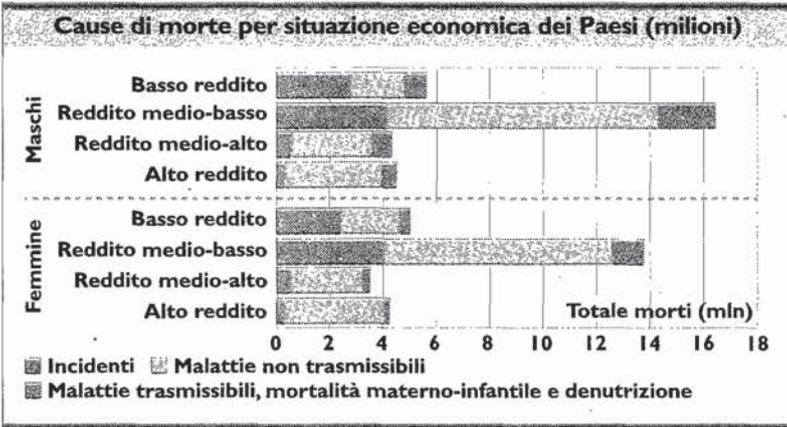
rapporto costo-efficacia: dal divieto di fumo (tra i principali fattori di rischio con l'abuso di alcol, la sedentarietà, l'ipertensione e le infezioni alla base di alcune forme di cancro) all'aumento delle tasse sul tabacco, dalle restrizioni alla vendita di alcol alla riduzione del sale nel cibo, fino alle campagne di comunicazione rivolte alla persona sull'importanza di abitudini alimentari corrette e di un'attività fisica costante e appropriata. Interventi che andrebbero mirati anche sull'individuo, concentrando gli sforzi su attività di prevenzione primaria come, nel caso a esempio del cancro, la diagnosi precoce e l'impiego ove possibile di farmaci generici.

Più facile a dirsi che a farsi: se un intervento tempestivo non è rinviabile (si stima che ogni incremento del 10% nella diffusione della cronicità sia associato a un rallentamento dello 0,5% nel tasso di crescita annuo di un Paese), le realtà meno ricche in cui la cronicità si va diffondendo a macchia d'olio sono proprio le più carenti in termini di politiche sanitarie. Servono, suggerisce invece l'Oms, programmi globali di prevenzione, cofinanziati da pubblico e privato e capaci di avviare una cooperazione efficace a livello di cure primarie. Con personale adeguatamente formato e con la strumentazione tecnica minima necessaria per portare avanti campagne di screening e interventi precoci di diagnosi e cura. Ingredienti dovuti, se si intende bloc-

care quel circolo vizioso che vede le famiglie più povere e deboli, anche culturalmente, ammalarsi di cronicità e impoverirsi ulteriormente per fronteggiarla.

L'Oms è chiara nell'indicare le priorità: occorrono un approccio globale, una strategia settoriale tra governo, società civile e settore privato, il rafforzamento dei sistemi sanitari e l'implementazione di misure di sicurezza efficaci e sostenibili, l'avvio di azioni di sorveglianza e monitoraggio. A che punto siamo? Sarebbe ingiusto negare quanto fatto fino a oggi, afferma l'Oms. Del resto, i buoni risultati ottenuti dalla prevenzione della cronicità nei Paesi ricchi sono una cartina di tornasole che parla chiaro a tutti. Eppure, molte delle strategie dichiarate restano sulla carta e non hanno riscontro nella realtà: la mancanza addirittura di servizi essenziali nel contrastare la piaga-cronicità si riflette nell'alta prevalenza degli esiti più infausti: attacchi cardiaci, malattie renali, cecità, amputazioni e diagnosi tardive di cancro. Con il risultato che ancora oggi, ogni anno, per consumo diretto o indiretto di tabacco muoiono circa 6 milioni di persone; che 3,2 milioni periscono per le conseguenze della sedentarietà; che l'abuso di alcol ne uccide altri 2,3 milioni; che l'ipertensione miete ben 7,5 milioni di vite; mentre il cancro provoca 2 milioni di morti (il 18% attribuibile a infezioni come epatiti o papilloma), il colesterolo 2,6 milioni e l'obesità almeno 2,8 milioni.





L'incremento tra 2010 e 2020 è del 15% e sarà concentrato in Africa, Est del Mediterraneo e Sud-Est asiatico

Nei Paesi a basso e medio reddito il 29% delle morti per cronicità avviene in persone con meno di 60 anni

La maggior parte delle "croniche" deriva da uso di tabacco, inattività fisica, alimentazione scorretta e abuso di alcol

Circa 100 milioni di persone ogni anno vanno sotto la soglia della povertà per sostenere le spese sanitarie

Nei Paesi a basso reddito la disponibilità di trattamenti è pari a 1/4 di quella dei Paesi ricchi, anche in ospedale

Nei Paesi a basso e medio reddito la maggior parte dei pazienti con cancro muore senza aver ricevuto terapia del dolore

**CAMICI & PIGIAMI**

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**LA NUOVA ETICA SANITARIA  
È DI MEDICI E CITTADINI**

«**C**ome pensi di guadagnare di più se non fai di più?». Questa domanda spinge troppi medici ai limiti della legalità. Chi vende un farmaco contro il cancro prostatico, per esempio, compensa gli urologi per prescriverlo. Negli USA circa 5.000 medici sono stati radiati per aver provocato danni per oltre 100 milioni al servizio assicurativo. Le frodi sanitarie in USA costano \$60 miliardi all'anno (Taitzman, *New England J Med* 2011). Non abbiamo dati così chiari in Italia, ma Tremonti sa che potrebbero essere non meno di 12 i miliardi di euro annui truffati alla Sanità, attraverso rinvii diversi. Una Finanziaria, che potrebbe rilanciare lavoro, occupazione e ricerca scientifica. Per limitare i danni i cittadini non devono sprecare, stimolando i medici a prescrivere di tutto e di più. I medici non devono andare in vacanza a spese delle industrie del farmaco. Universitari e ospedalieri non devono far finta di sperimentare farmaci nuovi per espanderne le vendite. Abitudini che una nuova coscienza civica potrebbe rimuovere o calmierare.

*camici.pigiami@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DALLE SCOPERTE SCIENTIFICHE ALLE LEGGI SANITARIE**

# Così 150 anni d'Unità d'Italia hanno migliorato la salute

*In un volume la marcia (incompiuta) degli italiani verso il benessere*

**M**alaria, tubercolosi e pellagra: questi i flagelli che funestavano il nostro Paese al momento della proclamazione del Regno d'Italia, cui a ondate si sommavano colera, salmonella e febbre tifoide. Mali contro i quali i medici poco potevano fare, sprovvisti com'erano delle conoscenze su cause e cure possibili. Da allora, e dalla Rivoluzione che proprio a metà dell'Ottocento si verificò in Medicina, con il forte imprinting conferito da personaggi come Claude Bernard e Rudolph Virchow, tutto è cambiato. Da allora fu teorizzata, cioè, l'importanza di conferire alla scienza medica una base scientifica, e successivamente furono messi a punto i vaccini e vennero scoperti chemioterapici e antibiotici.

Parte da qui, dalla situazione sanitaria alla proclamazione del Regno d'Italia, l'excursus di Walter Pasini, esperto di Sanità internazionale, dedicato ai "150 anni di Sanità italiana" e realizzato con il contributo del gruppo farmaceutico AlfaWassermann.

Con capitoli dedicati alle singole malattie che in prevalenza affliggevano la popolazione più povera, il volume dedica mini-monografie alle figure di medici attivi in politica: da Giovanni Lanza ad Agostino Bertani, da Giulio Bizzozero a Guido Baccelli, da Angelo Celli a Paolo Mantegazza. Fino al premio Nobel Camillo Golgi. Ma perché si arrivasse a una norma che provasse a unificare il Paese sul piano dell'assistenza sanitaria ci vollero 27 anni: si trattava della Legge Crispi-Pagliani, che prevedeva una Direzione generale di Sanità presso il ministero dell'Interno. Cruciale il contributo di Crispi anche alla nascita

dei primi nuclei ospedalieri, con la legge del 17 luglio 1890 sulle "Istituzioni pubbliche di beneficenza". «L'Italia – ricorda Pasini – fu una delle nazioni che dette il contributo più importante alla nascita degli ospedali intesi come luoghi di carità, cura e assistenza». L'Italia della Sanità pubblica era partita: dopo la costituzione del Regno d'Italia, con il regio decreto 14/9/1862 venne promulgato il nuovo Regolamento per la facoltà di Medicina, che pose fine alla separazione dell'insegnamento della medicina e della chirurgia. Il 10 luglio 1910 viene istituito l'Ordine dei medici; nel 1878 era nata la Società italiana d'igiene mentre nel 1833 era stato istituito il Corpo sanitario dell'Esercito. E così via, fino a una doppia svolta: da punto di vista istituzionale, la nascita del ministero della Sanità nel 1958; dall'altro, sotto il profilo epidemiologico, la netta diminuzione delle malattie infettive registrata sempre a metà Novecento, con il contemporaneo aumento delle patologie cronico-degenerative.

La storia più recente è nota e oggi si tratta di affrontare le nuove sfide del federalismo. Una scommessa tutta da giocare perché, chiarisce Pasini, «nonostante l'eccellente legge di riforma 833 del 1978 che consentì l'accesso alle cure per tutti i cittadini italiani, troppe sono ancora le sperequazioni in termini di qualità di cure prestate, di servizi territoriali e di iniziative nel campo della prevenzione e di promozione della salute». Sfide che, a parere dell'autore, andranno affrontate sotto la bandiera dell'Unione europea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Ancora troppe le sperequazioni

