

**Bioetica.** Clinica Usa in tour, denuncia di ProVita

# Uteri in affitto Ora i piazzisti arrivano da noi

In un appartamento del centro di Milano, l'associazione Prepara ha promosso una conferenza del ginecologo americano Daneshman del Fertility Center. Secondo la testimonianza di due attivisti di ProVita, il medico ha presentato il tariffario delle prestazioni: per un bambino da madre surrogata partorito negli Usa e in Canada si spendono tra i 75mila e i 120mila dollari. Attività vietata dalla legge in Italia.

FERRARIO A PAGINA 11

## Sbarca in Italia il mercato dei figli *Utero in affitto: incontro a Milano per procacciare clienti*

**L'evento per promuovere l'attività, illegale in Italia, organizzato dall'associazione Prepara Per un bambino partorito negli Usa o in Canada si spendono tra i 75mila e i 120mila dollari**

**PAOLO FERRARIO**  
MILANO

**I**n Italia è una pratica illegale, vietata dalla legge 40 del 2004, ma la maternità surrogata (conosciuta anche come "utero in affitto") viene comunemente pubblicizzata con tanto di "tariffario" delle diverse prestazioni. Pratica, pure questa, vietata dalla normativa: «Chiunque – si legge al comma 6 dell'articolo 12 – in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di

maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600mila a un milione di euro». È successo mercoledì in un appartamento di Milano, dove l'associazione Prepara ha promosso un incontro con il medico statunitense Said Daneshman, della clinica The Fertility Center. Durante due ore di conferenza, il ginecologo ha spiegato, si legge nella pagina Facebook dell'evento, creata da Prepara, «come si svolge una gestazione per altri, come si scelgono le donatrici e le gestanti, che tipo di medicinali devono assumere, come si creano gli embrioni, come e quando si trasferiscono, le percentuali di successo e ogni altro dettaglio medico». A quest'incontro hanno partecipato due attivisti dell'associazione Pro Vita, dedicata a Chiara Corbella-Petrillo per promuovere i valori della vita, dal concepimento

fino alla morte naturale e della famiglia fondata sul matrimonio tra uomo e donna. I due, fingendosi una coppia gay desiderosa di avere un figlio, sono riusciti a farsi invitare. Il luogo esatto della conferenza, infatti, era comunicato via mail soltanto agli iscritti. Ecco come è andata, dalla testimonianza di uno di loro, che chiameremo Luciano.

«I partecipanti erano 25 – racconta il giovane – principalmente coppie omosessuali, tre coppie eterosessuali e un single. Dopo una breve presentazione, si è subito parlato dei costi di un bambino partorito da una madre surrogata. Anzi, la parola "madre" non è mai stata pronunciata. Si è sempre e solo parlato di "surrogata" o di "gestante". La donna, insomma, in questa visione della "ma-



ternità”, è ridotta a mera macchina per gravidanze».

Le cifre fornite durante l'incontro, riportate da Pro Vita anche sul proprio sito Internet, dove è pubblicato un resoconto della serata, variano a seconda del servizio richiesto. Si tratta comunque di una soluzione per portafogli capienti. Per l'acquisto di ovuli,

il tariffario oscilla tra i 5mila e i 10mila dollari, mentre per il compenso della madre surrogata si va dai 15mila dollari per una donna canadese ai 30mila per una americana. Prepara, infatti, lavora «con le migliori agenzie e cliniche» di questi due Paesi.

«La differenza di prezzo – continua Luciano – è dovuta ad aspetti assicurativi e legali. Ci hanno spiegato che, mentre negli Stati Uniti è legale stipendiare una donna perché porti avanti una gravidanza conto terzi, in Canada è previsto solo un rimborso spese. Inoltre, in Canada l'assistenza sanitaria è gratuita, mentre negli Usa bisogna ricorrere a un'assicurazione privata».

Il “prezzario” proposto da Prepara, sempre stando al racconto dell'attivista di Pro Vita, prevede poi una spesa di 10mila dollari per un esame dell'embrione, mentre servono tra i 2mila e i 5mila dollari per un esame del feto alla decima settimana. Che, in caso di esito del test non gradito, potrà così essere abortito. Complessivamente, una coppia (etero o omosessuale) ma anche un single che si dovesse rivolgere a Prepara, potrebbe arrivare a spendere tra i 75mila e i 120mila dollari.

«Durante l'incontro – prosegue Luciano – ci hanno pure spiegato come rientrare in Italia, una volta ottenuto il bambino, aggirando le leggi che vietano la maternità surrogata. Basta fare scalo in un altro Paese europeo e ufficializzare presso le autorità competenti che si sta rientrando con il proprio figlio di pochi giorni o settimane. Successivamente, si potrà entrare in Italia senza problemi. Lo ha confermato una coppia presente, raccontando di loro amici gay che hanno diversi bambini e non hanno avuto nessun problema».

Ed è questa apparente “normalità” con cui viene presentata la pratica dell'utero in affitto, che più preoccupa i due attivisti di Pro Vita. «Mi sconvolge l'idea che possa essere considerato accettabile acquistare un figlio – conclude Luciano –. Significherebbe perdere del tutto la capacità di dare valore alla vita umana».

**FECONDAZIONE ETEROLOGA CON TANTO DI LISTINO PREZZI**

# Futuri bambini in vendita a Milano

*Un luminare americano cerca clienti per ovuli e uteri in affitto. E spiega come infrangere la legge*

**Stefano Zurlo**

■ Un luminare statunitense, un salone affrescato in centro a Milano, una riunione segreta. Così chi fa affari con la fecondazione eterologa ha organizzato una giornata per promuovere la pratica di vendita di ovuli e di affitto di uteri per coppie gay o etero. Con tanto di tariffario e guida legale per non finire in galera.

a pagina 18

**OLTRE LA LEGGE** Se ne parla apertamente in centro a Milano

# Futuri bimbi in vendita con tanto di listino prezzi

*Un medico americano pubblicizza i servizi di una clinica della fertilità a Las Vegas che si occupa di tutto: dal prelievo dei gameti alla selezione della madre surrogata*

**120.000**

I dollari che si possono arrivare a pagare per l'intera procedura di una gravidanza surrogata

## LA DENUNCIA

La «ProVita» documenta tutto infiltrando una finta coppia gay

**Stefano Zurlo**

■ Bambini in vendita nel cuore di Milano. Per una cifra che va dai 75mila ai 120mila dollari il cliente, coppia gay o etero fa poca differenza, può programmare un figlio chiavi in mano. Agghiacciante e illegale, almeno da noi in Italia, ma tutto documentato. Anche con un video girato di nascosto.

La denuncia è dell'associazione ProVita: due suoi membri si fingono una coppia gay e giovedì scorso incontrano nel centro di Milano, in un salone che di solito ospita eventi privati, un esperto arrivato apposta dagli Usa: il professor Said Daneshmand della Fertility Clinic di Las Vegas. Là avviene tutto alla luce del sole, qua, chissà ancora per quanto, la legge 40

sbarra la strada a chi vuole costruire un neonato a propria immagine e somiglianza. Il medico offre tutto il kit necessario e spiega tutti i passaggi della procedura che avverrà all'estero: una donna donerà, a pagamento naturalmente, i suoi gameti; un'alta affitterà l'utero e partorerà. I due papà dovranno solo consegnare il proprio sperma, dell'uno o dell'altro o mischiati, non fa differenza. Certo, le cifre in gioco sono alte ma la clinica offre tutti gli strumenti per ricevere il figlio senza problemi: la scelta, ad esempio, di raddoppiare le donne, un mamma per gli ovuli e l'altra per l'utero, serve proprio per spezzare qualunque legame affettivo, segmentando la catena di montaggio della vita come fosse quella di una fabbrica. Gli ovuli hanno

un prezzo alto: fra i 5 e i 10mila dollari, ma, vuoi mettere, si può anche provare a costruire l'ometto futuro inseguendo il mito della perfezione: «Al momento della selezione dell'ovulo - chiedono i due inviati "clandestini" di ProVita - possiamo scegliere secondo i nostri canoni di preferenza?; magari una bella bionda, alta 1 metro e 80».

Basta mettere mano al portafoglio e qualunque sogno può



diventare realtà: la madre surrogata, quella che nel linguaggio politicamente corretto porta a compimento una gravidanza per altri, costa fra i 15 e i 30 mila dollari; l'esame dell'embrione viaggia sui 10 mila dollari e con altri 2-5 mila dollari si può programmare l'esame del feto alla decima settimana, per controllare che tutto proceda per il meglio. In caso contrario la madre surrogata è costretta ad abortire. Alla fine il prezzo arriverà a quota 100-120 mila dollari: insomma, questi figli se li possono permettere solo genitori benestanti. Lo staff della Fertility Clinic pensa a tutto. C'è pure una squadra di avvocati che segue gli aspiranti genitori in un altro passaggio delicato: la stesura del contratto, anzi dei contratti con la venditrice di ovuli e con la gestante. Che perdono ogni diritto sul baby, casomai in corso d'opera cambiassero idea. Tutto è pensato per abbattere i costi e proprio per questo le due mamme vengono selezionate con criteri molto rigidi per ridurre al minimo qualunque problema. Il neonato viene al mondo all'insegna della globalizzazione e della delocalizzazione. Poi, col rimpatrio, si trova anche il modo di regolarizzare la creatura. Basta fare scalo, in Europa, in un altro Paese e da qui passare poi in Italia. Lo specialista rassicura, altre coppie presenti nel salone confermano: «Molti nostri amici gay hanno bambini e non hanno avuto alcun problema». Il meeting si chiude fra sorrisi e preventivi, quasi si trattasse di vendere un prodotto qualunque.

Ora la onlus prepara la denuncia in procura e il presidente Toni Brandi lancia l'allarme dal sito [www.notizieprovita.it](http://www.notizieprovita.it): «I bambini non possono essere mercificati. E invece la legge sui diritti civili apre le porte dell'adozione alle coppie omosessuali e favorisce il ricorso all'aberrante pratica dell'utero in affitto».

## PROCREAZIONE

In Italia la legge 40 vieta la pratica dell'utero in affitto, eppure in pieno centro a Milano c'è chi offre la possibilità di programmare un figlio chiavi in mano alla luce del sole

<http://www.lastampa.it/>

# Effetti dell'inquinamento sull'infertilità maschile

Gli uomini che sono esposti ad alte dosi di ftalati hanno maggiori probabilità di andare incontro a problemi legati alla fertilità. Ad affermarlo sono gli scienziati dell'Università di Lund (Svezia) in uno studio pubblicato dalla rivista Environment International. Le conclusioni sono nette: gli ftalati danneggiano gli spermatozoi peggiorandone la motilità.

## **Che cosa sono gli ftalati?**

Gli ftalati sono prodotti chimici che vengono aggiunti alle materie plastiche per migliorarne la flessibilità e la modellabilità. Sono sostanze tossiche soggette a restrizione europea: il loro utilizzo non è consentito a concentrazioni superiori allo 0,1%, né nei giocattoli, né negli articoli destinati all'infanzia; il motivo della restrizione è dovuto al pericolo di esposizione che può derivare dal masticare o succhiare per lunghi periodi di tempo oggetti che contengono ftalati. Poiché molti prodotti li contengono, attraverso un'analisi delle urine è facilmente verificabile la concentrazione alla quale si è esposti.

## **Più si è esposti e maggiore è il danno**

Da diversi anni molti gruppi di ricerca hanno dimostrato che gli ftalati sono associati a problemi di infertilità. Obiettivo dei ricercatori svedesi è stato quello di verificare le ragioni di tale comportamento attraverso l'analisi delle urine.

Per fare ciò gli scienziati hanno monitorato i livelli di un metabolita degli ftalati -DEHP- associando il dato alla qualità dello sperma. Lo studio ha coinvolto oltre 300 giovani tra i 18 e i 20 anni. Dalle analisi è emerso che più era alta la concentrazione del metabolita eliminato con le urine e maggiori erano i danni agli spermatozoi.

## **Esame utile a prevenire le cause dell'infertilità**

Spesso tra le cause di infertilità maschile quello della scarsa motilità degli spermatozoi è una delle principali. A causarla però sono diversi fattori. Aver messo a punto un test di ricerca volto a valutare la concentrazione dei metaboliti degli ftalati potrà aiutare ad individuare con precisione le ragioni della potenziale infertilità.

## INNOVAZIONE AL MEYER

# Ecco il robot pediatrico Primo intervento urologico

**CON UN BAMBINO** di 9 anni che aveva bisogno di una complessa operazione urologica l'ospedale pediatrico Meyer ha aperto una nuova fase nello sviluppo della chirurgia robotica. Un salto nel futuro che è frutto del Centro interaziendale per lo sviluppo e l'innovazione in urologia pediatrica, nato in estate dall'accordo tra l'Università di Firenze, il Meyer e Careggi per condividere le conoscenze e le risorse tecnologiche, tra cui l'approccio robotico. Alle 11 di lunedì scorso il piccolo è entrato nella sala operatoria di San Luca, a Careggi. Lo attende il team del Meyer (il servizio di Urologia diretto da Antonio Elia, gli anestesisti e le infermiere) guidato da Lorenzo Masieri, giovane ricercatore universitario con grande esperienza di urologia e chirurgia robotica ed endoscopica, cresciuto nella prestigiosa scuola urologica fiorentina (ora valorizzata da Marco Carini e Giulio Nicita) e neo acquisto dell'ospedale pediatrico Meyer, nell'ambito dell'accordo che ha portato alla realizzazione del Centro. D'intesa con l'Università di Firenze, Masieri ha compiuto un periodo di formazione al Great Ormond Street Hospital di Londra. Il piccolo paziente soffre di una malformazione congenita molto frequente in età pediatrica, la stenosi del giunto pieloureterale, un restringimento a causa del quale l'urina non riesce a defluire correttamente dal rene all'uretere, il condotto che porta l'urina dentro alla vescica. Unico trattamento possibile è quello chirurgico che attualmente avviene sempre più frequentemente per via laparoscopica ma anche robotica, nuova frontiera della chirurgia di precisione. Rispetto alla mano umana quella del robot non tentenna, né ha tremori per la stanchezza, e svolge 7 gradi del movimento, quasi simili a quelli del polso umano.



Sabato 26 SETTEMBRE 2015

## **European Cancer Congress/4. Aumenta la sopravvivenza in Europa, ma rimangono differenze tra i paesi. L'Italia nella media UE. Lo studio Eurocare 5**

***La sopravvivenza aumenta di più per la leucemia mieloide cronica e per i tumori della prostata e del retto. Le differenze più grandi tra Paesi si registrano per le leucemie e i linfomi. In Italia margini di miglioramento per i linfomi follicolari (72% contro 75%), linfoma diffuso a grandi cellule B (50 contro 60%), leucemia/linfoma linfoblastico (38% contro 44%) e leucemia mieloide cronica (53% contro 58%).***

La sopravvivenza per tumore in Europa, a 5 anni dalla diagnosi, aumenta costantemente. Lo rivela il programma di ricerca Eurocare 5, coordinato dall'Istituto superiore di sanità e dalla Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori di Milano. I risultati saranno presentati oggi a Vienna in occasione dell'annuale appuntamento dell'European Cancer Congress (The European Cancer Congress is the 18th congress of the European Cancer Organisation, Ecco, e The 40th Congress of the European Society for Medical Oncology, Esmo). Tutti gli approfondimenti dello studio saranno pubblicati nel prossimo numero dell'*European Journal of Cancer* in 11 articoli scientifici che analizzano la sopravvivenza dei pazienti Europei per tutti i tumori solidi (testa-collo, apparato digerente, melanoma cutaneo, mammella e tumori dell'apparato riproduttivo maschile e femminile, apparato urinario, encefalo) e del sangue (leucemie e linfomi).

“Questo studio, che ha riguardato oltre 10 milioni di pazienti adulti in 30 Paesi Europei, ci dice che la sopravvivenza dei tumori continua a migliorare – afferma **Walter Ricciardi**, presidente dell'Iss - Anche in Italia sono stati compiuti passi davvero significativi. Tuttavia persistono diseguaglianze e criticità su cui è necessario intervenire per migliorare la performance dei sistemi sanitari. Diagnosi precoce, qualità e appropriatezza dei trattamenti sono sicuramente determinanti, ma anche la biologia dei tumori, l'intensità diagnostica, gli stili di vita e i fattori socio-economici influenzano la prognosi dei tumori. Questi dati ci dicono anche quanto sia importante rafforzare la rete epidemiologica per raccogliere informazioni su tutti questi fattori e tentare di ridurre le diseguaglianze nelle diverse aree europee e nelle diverse regioni italiane”.

Lo studio copre mediamente il 50% della popolazione Europea. Sono stati analizzati i dati di oltre 10 milioni di pazienti adulti diagnosticati per 40 diversi tipi di tumore nel periodo 1995-2007 e seguiti fino al 2008. Lo studio rivela che la percentuale di pazienti oncologici che sopravvivono 5 anni dopo la diagnosi, pur essendo migliorata rispetto alla fine degli anni novanta, è ancora molto variabile tra Paesi Europei. Le differenze sono più accentuate per i tumori ematologici, per i quali ci sono stati importanti avanzamenti terapeutici nel corso degli anni 2000.

In generale, nel periodo considerato, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi aumenta costantemente in tutte le regioni Europee per la maggior parte dei 40 tipi di tumore esaminati, e aumenta in modo particolare nei paesi dell'Est Europa, che sono in genere i più svantaggiati. Tuttavia le differenze tra Paesi permangono e il divario maggiore si osserva proprio per le patologie interessate da notevoli progressi terapeutici, come le leucemie mieloidi croniche, i linfomi non Hodgkin e due suoi sottotipi

(linfomi follicolari e linfomi diffusi a grandi cellule B).

In Italia la sopravvivenza per i tumori ematologici è generalmente in linea con il valore medio Europeo in particolare per i linfomi di Hodgkin (82% contro 81%) e non Hodgkin (62% contro 60%), per le leucemie mieloidi croniche (53%) e acute (16% contro 17%). La sopravvivenza dei pazienti italiani affetti da mieloma multiplo è invece significativamente più elevata della media (46% contro 39%). In Italia ci sono margini di miglioramento rispetto ai paesi del Centro-Nord Europa, in particolare per i linfomi follicolari (72% contro 75%), linfoma diffuso a grandi cellule B (50 contro 60%), leucemia/linfoma linfoblastico (38% contro 44%) e leucemia mieloide cronica (53% contro 58%).

“La sopravvivenza media a 5 anni per la leucemia mieloide cronica è del 53% in Europa – sottolinea **Roberta De Angelis** del Centro Nazionale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, autrice dello studio sui tumori ematologici - ma presenta la più grande variabilità geografica, da un minimo di 33% nei paesi dell'Est, fino a valori che oscillano tra 51 e 58% nel resto d'Europa. Le differenze tra paesi sono ancora più ampie con valori intorno al 65-70% in Francia, Svezia e Scozia e molto al di sotto della media regionale in Lettonia (22%)”.

Tra le nuove analisi riportate nella monografia Eurocare 5 su *European Journal of Cancer* c'è la comparazione della sopravvivenza per il complesso di tutti i tumori in Europa. La stima è stata aggiustata per età e per tipologia di tumore (case-mix), per tenere conto della diversa incidenza per Paese dei vari tipi di tumore.

“Questa analisi ha mostrato che i Paesi dell'Est, la Danimarca e UK hanno i valori di sopravvivenza più bassi del resto d'Europa - dice **Paolo Baili** dell'Istituto Tumori di Milano, autore dello studio -. La sopravvivenza per tumore è più elevata nei paesi del Nord (59.6%) e Centro Europa (58%), intermedia nel Sud Europa (54.3%) e in Irlanda e UK (50%), e ai livelli più bassi nell'Est Europa (45%). La sopravvivenza è correlata con la spesa sanitaria nazionale totale e i maggiori incrementi di sopravvivenza si sono registrati nei paesi dove la spesa è aumentata maggiormente. Danimarca e UK continuano ad avere livelli di sopravvivenza per tumore più bassi di quanto atteso in relazione alla loro spesa sanitaria”.

### **Principali risultati per specifici tumori**

Tra il 2000 e il 2007 gli incrementi maggiori di sopravvivenza si sono osservati per la leucemia mieloide cronica (da 32% a 54%), per il tumore della prostata (da 73% a 82%) e del retto (da 52% a 58%).

### **Per i tumori a miglior prognosi la sopravvivenza media europea a 5 anni è di:**

- 82% per il tumore della mammella (da un minimo di 74% in Est Europa fino a 85% nei paesi del Nord Europa)
- 57% per il tumore del colon (49% nell'Est e 61 nel Centro Europa)
- 56% per il tumore del retto (45% nell'Est e 60% nel Centro)
- 83% per il melanoma cutaneo (74% nell'Est e 88% nel Nord Europa)
- 83% per il tumore della prostata (72% nell'Est e 88% in Europa Centrale).

Per i tumori a prognosi peggiore le differenze geografiche sono più limitate. Il tumore del polmone ha una prognosi a 5 anni pari al 13% nella media Europea (9% in Irlanda e UK, 15% nel Centro Europa); il tumore dell'ovaio oscilla tra 31% in Irlanda e UK e 41% nel Nord Europa (38% la media Europea); la sopravvivenza media in Europa è del 25% per il tumore dello stomaco (17% in Irlanda e UK e 30% nel Sud Europa), 12% per il tumore dell'esofago (8% nell'Est e 15% nel Centro) e 20% per i tumori cerebrali (18% in Irlanda e UK e 24% nel Nord Europa).

27 SETTEMBRE 2015

## **European Cancer Congress/6. Tumori colorettali in aumento tra gli under 50. Verso un futuro di terapie genetiche personalizzate**

***Alcuni ricercatori statunitensi hanno scoperto che I tumori colorettali nei giovani pazienti presentano differenze molecolari rispetto a quelli che colpiscono le persone più vanti con gli anni. Queste differenze sono correlate ad una differente espressione dei geni***

Aumentano i casi di tumore colorettale tra I giovani. Le cause? Alcuni tipi sono legati a fattori ereditari, la maggior parte, invece, nasce spontaneamente.

Ma c'è un'importante novità per quanto riguarda la "carta d'identità" di questi tumori giovanili. Alcuni ricercatori del Weill Cornell Medical Center di New York hanno scoperto che I tumori colorettali nei giovani pazienti presentano differenze molecolari rispetto a quelli che colpiscono le persone più vanti con gli anni.

Queste differenze sono correlate ad una differente espressione dei geni.

La scoperta del gruppo di ricerca statunitense, coordinato dal professor **Andrea Cercek**, viene presentata oggi all'European Cancer Congress, in corso a Vienna.

Il gruppo di lavoro ha analizzato I dati relativi a pazienti del Memorial Sloan Kettering Cancer e del Cancer Genome Atlas, un progetto che ha l'obiettivo di catalogare le mutazioni genetiche del cancro. La ricerca ha preso in considerazione 126 pazienti di età inferiore ai 50 anni e 368 over 50.

"Nel gruppo ad esordio precoce del tumore – ha commentato Cercek - abbiamo scoperto 154 geni con bassa metilazione, ovvero con una scarsa capacità di modificare il processo del DNA. Abbiamo tuttavia scoperto che nel cancro era presente sia una bassa che un'iper metilazione e che la metilazione faceva registrare un incremento parallelo all'aumento dell'età, in un crescendo ben al di là di quello che si verifica in un tessuto normale. Questa scoperta ci incoraggia a perseguire la ricerca di terapie personalizzate#

Il cancro colorettale è il terza neoplasia più diffusa al mondo, con circa 1,4 milioni di nuovi casi diagnosticati nel 2012.

**Marco Landucci**

27 SETTEMBRE 2015

## **European Cancer Congress/5. Un accesso globale ai servizi di radioterapia potrebbe salvare 27 milioni di vite entro il 2035**

***Il problema sembra particolarmente evidente in Africa, dove in molti Paesi virtualmente non esiste e in 40 di essi è accessibile a pochi pazienti. Ma anche Paesi come Canada, Australia e Regno Unito devono fare meglio in termini di preparazione degli staff dedicati a questo servizio***

Milioni di persone, nel mondo, non riescono ad accedere alla radioterapia per il trattamento di tumori come quelli del seno e della prostata.

E tutto ciò per una mancanza di investimenti nei servizi legati alla radioterapia.

E' questo l'allarme lanciato dalla Commissione internazionale sull'accesso alla radioterapia, pubblicato da *Lancet Oncology*, e contemporaneamente presentato ai partecipanti dell'European Cancer Congress di Vienna 2015.

La Commissione, guidata dal professor **Rifat Atun**, della Harvard School of Public Health di Boston, ha stimato che un accesso globale ai servizi di radioterapia potrebbe salvare 27 milioni di vite entro il 2035 e aumentare l'impatto positivo sulle economie sanitarie dei Paesi a medio reddito o emergenti dagli attuali 278 miliardi di dollari a 365 miliardi per oltre 20 anni.

Secondo quanto riferito dalla Commissione, entro il 2035, saranno 12 milioni le persone nel mondo che potranno beneficiare di 204 milioni di frazioni di radioterapia. Nonostante la portata economica del problema, I membri della Commissione sono concordi nel definire la radioterapia costo-efficace e di basso costo, se comparata con i prezzi molto alti di molti nuovi farmaci per il cancro.

“Il lavoro della Commissione – ha dichiarato Rifat Atun – ha chiaramente dimostrato che I servizi di radioterapia non solo devono essere aumentati nei Paesi di medio reddito e in via di sviluppo come servizi essenziali, sicuri e di alta qualità, ma anche che questo incremento è fattibile ed è associato a un investimento altamente costo-effettivo”.

Il problema dell'accesso alla radioterapia sembra particolarmente evidente in Africa, dove in molti Paesi virtualmente non esiste e in 40 di essi è accessibile a pochi pazienti.

Ma anche i Paesi ad alto reddito pro-capite come Canada, Australia e Regno Unito devono fare meglio in termini di preparazione degli staff dedicati a questo servizio.

### **La Commissione ha individuato sei obiettivi da conseguire entro il 2025:**

1. La radioterapia deve entrare nel piano terapeutico dell'80% dei Paesi del mondo.
2. Ogni Paese a medio reddito pro-capite o in via di sviluppo deve creare un nuovo centro il per il trattamento dei pazienti e per il training degli operatori.
3. L'80% di questi Paesi dovrà includere la radioterapia nell'offerta terapeutica al paziente.
4. I trattamenti radioterapici dovranno aumentare del 25%.
5. I Paesi a medio reddito e in via di sviluppo dovranno formare 7.500 radio-oncologi, 2.000 tecnici, 6.000 dottori in fisica medica.

6. Per questi Paesi dovranno essere stanziati 46 miliardi di dollari, allo scopo di far fronte agli investimenti necessari.

***Marco Landucci***

Sabato 26 SETTEMBRE 2015

## **European Cancer Congress/1. Studio inglese spiega perché alcuni tumori al seno vanno incontro a recidive**

***Lo studio ha analizzato i dati relativi alla sequenza genetica di 1.000 pazienti con cancro al seno. Tra questi, 161 erano dati relativi a persone con tumori ricorrenti o metastasi.***

Buone notizie per chi soffre di cancro al seno. All'European Cancer Congress, che si tiene a Vienna fino al 29 settembre, viene oggi presentata una ricerca che ha messo in luce alcuni passaggi chiavi tra la comparsa del tumore e la sua recidiva e la conseguente, possibile metastasi.

Dopo il trattamento chirurgico, in un caso su cinque il tumore ha una recidiva, che si ripresenta nella stessa sede anatomica come un tumore originale o che comincia a metastetizzare per il corpo.

Ora, la ricerca ha compiuto un importante passo avanti sulla strada della comprensione sul perché alcune forme di tumore al seno ricompaiono e altre no.

Lo studio è stato condotto dalla dottoressa **Lucy Yates**, ricercatrice oncologa del Wellcome Trust Sanger Institute di Cambridge.

Yates e colleghi hanno analizzato i dati relativi alla sequenza genetica di 1.000 pazienti con cancro al seno. Tra questi, 161 erano dati relativi a persone con tumori ricorrenti o metastasi.

Il team di Cambridge ha comparato campioni di geni di cancro presi alla prima diagnosi (tumore primario) con quelli dei tumori con recidiva.

Il gruppo di ricerca ha scoperto che vi erano delle differenze genetiche, ed alcune risultavano acquisite nel passaggio dalla recidiva del cancro all'inizio delle metastasi.

Questa scoperta potrà condizionare positivamente la personalizzazione delle terapie mediche.

Secondo i ricercatori, lo studio del team di Cambridge è il più vasto e ricco di dati, sia per quanto riguarda la raccolta del numero di campioni di geni di cancro in fase di metastasi e sia per la definizione dei 365 geni coinvolti nel percorso di mutazione, che sono stati studiati contemporaneamente.

“Crediamo che le nostre scoperte riflettano il concetto che le differenze genetiche possono predisporre ad una recidiva, se si combinano con le mutazioni acquisite nel periodo che intercorre tra la prima diagnosi alla successiva recidiva. Alcune di queste alterazioni genetiche possono potenzialmente essere il bersaglio di una terapia farmacologica individualizzata”.

**Marco Landucci**

Sabato 26 SETTEMBRE 2015

## European Cancer Congress/2. Tumori in età pediatrica, appello della SIOPE per migliorare cure e qualità della vita

***Una sorta di `passaporto del sopravvissuto` - che contenga la storia clinica e I trattamenti farmacologici ricevuti - oltre a fornire ai clinici la possibilità di migliorare la qualità della vita di questi pazienti, consentirebbe di avere a disposizione un vasto database sul cancro infantile.***

Ogni anno, in Europa, muoiono circa 6.000 bambini per cancro, e due terzi di essi sopravvivono soffrendo gli effetti collaterali dei trattamenti. Il cancro è ancora la prima causa di morte fra I bambini al di sopra dell'anno. In tutto, sono 300 mila I piccoli europei sopravvissuti a una diagnosi di cancro. Tuttavia, nelle ultime decadi si sono registrati notevoli progressi nel trattamento del cancro, che rimane, comunque, una patologia rara nell'età pediatrica.

E' quanto emerge dal report che la SIOPE (Società Europea di Pediatria Oncologica) presenta oggi all'European Cancer Congress, in corso a Vienna.

Il sodalizio scientifico ha presentato un piano, da attuare entro I prossimi dieci anni, per aumentare la percentuale di guarigione e la qualità della vita dei piccoli pazienti, nell'ottica dell'obiettivo finale di diminuire le recidive della malattia e di sconfiggere gli effetti collaterali.

“Il tumore infantile è un grave problema, oltre che per I pazienti, anche per le famiglie e per i servizi sanitari, non tutti allo stesso livello di erogazione delle cure.– dice il professor **Gilles Vassal**, presidente della SIOPE – il 35 per cento dei tumori infantili si manifesta tra I bambini di cinque anni, e molti tumori dell'età pediatrica sono difficili da trattare”.

Il report della SIOPE è parte del 7° progetto della Comunità Europea - European Network for Cancer Research in Children and Adolescent (ECCA).

Il documento individua una serie di obiettivi da raggiungere. Tra questi:

- 1) un forte impegno da parte degli organismi finanziari a favore dei progetti e delle strutture pediatriche di grande rilevanza scientifica;
- 2) la realizzazione di partnership efficaci con pazienti, familiari e sopravvissuti alla malattia;
- 3) un miglioramento dell'informazione sull'argomento;
- 4) una più stretta collaborazione con gli oncologi che si occupano degli adulti;
- 5) una trasparente ed efficace collaborazione con l'industria farmaceutica.

Un alto importante obiettivo è quello della qualità della vita di chi sopravvive: “Nel 2020 avremo mezzo milione di europei che sono sopravvissuti a un cancro infantile – aggiunge **Martin Schrappe**, presidente eletto della SIOPE – e molti di loro dovranno fare I conti con gli effetti collaterali delle terapie nella gestione della vita quotidiana. Per monitorarli in questa fase, sarebbe interessante munirli di una sorta di `passaporto del sopravvissuto` che contenga la storia clinica e I trattamenti farmacologici ricevuti. Questo, oltre a fornire ai clinici la possibilità di migliorare la qualità della vita di questi pazienti, consentirebbe di avere a disposizione un vasto database sul cancro infantile”.

**Marco Landucci**

Sabato 26 SETTEMBRE 2015

## **European Cancer Congress/3. La chirurgia primaria aumenta la sopravvivenza nei tumori avanzati della gola**

***Uno studio condotto a Taiwan ha dimostrato l'efficacia della chirurgia nei tumori locoregionali di testa e collo. Scoperta una correlazione positiva tra chirurgia radicale e sopravvivenza complessiva nei pazienti affetti da cancro alla gola all'inizio del processo metastatico.***

Non solo Europa. All'European Cancer Congress di Vienna i contributi scientifici arrivano anche dall'Estremo Oriente.

Nel caso specifico, quest'oggi è stato presentato uno studio condotto a Taiwan dal team guidato dal dottor **Chih-Tao Cheng**, un ricercatore della Koo Foundation Sun Yat Cancer Center di Taipei. Il lavoro del team orientale, condotto su popolazione locale, ha scoperto una correlazione positiva tra chirurgia radicale e sopravvivenza complessiva nei pazienti affetti da cancro alla gola all'inizio del processo metastatico.

Lo studio ha incluso casi di tumore orofaringeo e ipofaringeo, estratti dai database del Taiwan Cancer Registry e del Taiwan National Health Insurance Claims. In totale, sono stati presi in esame 2.837 casi di tumore orofaringeo e 2.315 di tumore ipofaringeo, diagnosticati nel periodo compreso tra il 2004 e il 2008. Tutti i pazienti sono stati seguiti fino al 2012.

Per lo studio sono stati considerati 1.698 pazienti con tumore orofaringeo e 1.619 con tumore ipofaringeo.

Dall'analisi è emerso che la chirurgia radicale è stata efficace in più di un terzo dei pazienti con tumore orofaringeo, e precisamente nel 35% dei 424 pazienti con cancro allo stadio III e nel 38% di quelli con cancro allo stadio IV.

Circa la metà dei pazienti con tumore ipofaringeo era stato sottoposto a trattamento chirurgico: il 55% era in uno stadio III e il 49% nello stadio IV.

I ricercatori hanno comparato i risultati fra coloro che erano stati sottoposti a chirurgia e i pazienti avviati ad altre terapie.

A cinque anni, la sopravvivenza complessiva si attestava complessivamente per i pazienti con entrambi i tipi di cancro, allo stadio III al 59% di coloro che si erano sottoposti all'intervento chirurgico e al 48% per i non operati.

Allo stadio IV le percentuali si attestavano rispettivamente al 51% e al 40%.

Il dottor Cheng ha commentato che gli attuali protocolli di trattamento sono multidisciplinari e prevedono chirurgia, chemioterapia, radioterapia e target-terapia. "Nonostante tutto – ha detto Cheng – i tassi di sopravvivenza complessiva per i tumori locoregionali avanzati di testa e collo rimangono insoddisfacenti. La nostra ricerca ha dimostrato che la chirurgia primaria è associata a una maggiore sopravvivenza".

**Marco Landucci**

<http://www.corriere.it/salute/>

CONGRESSO ESMO

# Analisi dna: la maggior parte della persone vuole sapere «di che morte morire»

*L'accesso alle informazioni sulla salute: dati difficili da interpretare ma con il vantaggio che possono far cambiare stile di vita*

**di Vera Martinella**

La maggior parte delle persone vuole sapere tutto ciò che il loro Dna ha da dire. Non importa se dall'analisi del genoma risulterà che ci sono rischi di patologie gravi o gravissime. Poco conta se il pericolo di sviluppare una malattia è elevato o bassissimo. Ciò che il 98 per cento degli intervistati da un sondaggio internazionale presentato durante il meeting annuale della *European Society of Human Genetics* vuole conoscere sono le probabilità future di ammalarsi, in modo da poter giocare d'anticipo e fare qualcosa per proteggere la propria salute. La genetica è uno dei tempi più trattati anche durante il congresso della Società Europea di Oncologia (Esmo), in corso questi giorni a Vienna: «Moltissimi studi si concentrano su cancro e genetica – spiega Francesco Cognetti, past president dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e presidente di Insieme Contro il Cancro -. Tramite l'esame del Dna possiamo capire come si sviluppa un tumore, quali sono le probabilità di ammalarsi, come curarlo al meglio scegliendo il farmaco più efficace nel singolo caso, se si tratta di un tipo più o meno aggressivo. Sono moltissime le informazioni che abbiamo ottenuto nel ultimi 15 anni grazie al genoma e questo filone di studi sarà certamente centrale nei prossimi anni» .

## ***«I dati sono miei e li voglio (anche se non so che farmene)»***

L'indagine, coordinata da Anna Middleton, del *Wellcome Trust Sanger Institute di Cambridge* (Gran Bretagna), è stata condotta online e ha coinvolto oltre 7mila persone in 75 Paesi diversi, alle quali sono state poste domande sull'ipotetica possibilità di avere accesso al sequenziamento del proprio Dna. E' emerso che il 59 per cento degli interpellati vorrebbe poter avere anche solo le informazioni «grezze», anche se queste non inserite in un contesto strutturato non potrebbero essere di grande aiuto perché poco comprensibili. «L'atteggiamento più condiviso – dice Middleton - pare essere una sorta di: «Se medici e scienziati possono leggere il mio Dna, voglio farlo anch'io. I dati sono miei e voglio averli io». Anche se in realtà non saprebbero bene che farsene». Nel complesso, i partecipanti hanno avuto un atteggiamento eccitato e positivo nei confronti della genomica, con apertura e curiosità verso le informazioni che potrebbero derivarne. «Quello che per ora è certo – conclude la scienziata – è che nei casi in cui l'analisi del Dna viene fatta, il paziente ha diritto a ricevere notizie sulla sua salute in maniera chiara, completa, esaustiva. E' fondamentale che le persone capiscano i limiti di questo tipo di indagini e ne traggano i massimi vantaggi».

## ***Non solo geni. Contano anche stili di vita, ambiente e fattori scatenanti***

Ovvero, in pratica, il pericolo maggiore è che (non capendo chiaramente il significato dei dati genetici) le persone rischino di sentirsi «condannate» ad ammalarsi di una o più patologie, vivano nel terrore o nel fatalismo, senza invece comprenderne la potenziale parte positiva. Cioè la possibilità di attuare una serie di atteggiamenti virtuosi protettivi o di controlli specifici per «arginare» ciò che è scritto nel futuro dei geni. «La genetica è solo uno dei fattori che portano a sviluppare una malattia, poi conta anche altro: stili di vita, ambiente, fattori scatenanti - dice Cagnetti -. Certo, in futuro, potrà esserci di grande aiuto nella prevenzione, nella diagnosi precoce e la scelta delle cure, nello scoprire malattie familiari ed ereditarie. Ma lo studio del genoma di una persona deve essere attentamente spiegato, non può essere considerato come un semplice test del sangue».

In Italia l'analisi del Dna si può fare solo se c'è un dottore che attesti che c'è una ragione per farlo ed esistono diverse compagnie a cui potersi rivolgere, naturalmente a pagamento (qualche migliaio di Euro). Ad oggi, concretamente, le informazioni genetiche servono per la diagnosi precoce alcune malattie: distrofia muscolare, fibrosi cistica e sindromi per ritardo mentale (attraverso la diagnosi prenatale). «Esistono poi i test dei geni BRCA1 e BRCA2 per la predisposizione a sviluppare il cancro di seno ed ovaio e sono state identificate una miriade di singole mutazioni genetiche che conferiscono un rischio relativo più alto di ammalarsi di tumore o di molte altre patologie, da quelle autoimmuni, a quelle cardiologiche alla psoriasi (per fare degli esempi)» spiega Sergio Abrignani, direttore scientifico dell'Istituto nazionale di genetica molecolare. Inoltre già esistono dei farmaci oncologici, per la fibrosi cistica e l'epatite virale che funzionano ad hoc su una determinata mutazione responsabile della patologia. Queste cure vengono comunemente prescritte a malati che hanno maggiori possibilità di trarne vantaggio perché la loro patologia è legata a una certa alterazione genetica.

### ***Soppesare bene pro e contro, per la privacy e la salute psicologica***

Le sfide che l'analisi del genoma lascia aperte, però, sono tante e di grande rilievo. Basti pensare al discorso privacy e alle possibili complicazioni nella stipula di mutui, assicurazioni o simili: come verrebbe gestito il rischio futuro d'ammalarsi in questi casi? Oppure, nei rapporti tra lavoratore e datore di lavoro, come potrebbe interferire la probabilità di avere problemi di salute? «C'è poi il grande rischio – conclude Abrignani – di creare schiere di unpatients, ovvero impazienti. Un termine che gioca sul duplice significato di non pazienti (persone sane che si sentono però condannate ad un malanno) e di ansiosi, per i timori sulla durata e qualità della loro vita. La minaccia del “sentirsi malati anzitempo” potrebbe avere conseguenze nefaste a livello psicologico e economico, con centinaia di controlli inutili. D'altro canto esistono vantaggi enormi: se tutti potessimo avere più informazioni sul nostro Dna potremmo seguire stili di vita per prevenire malattie che siamo più predisposti a sviluppare o addirittura iniziare precocemente controlli e terapie».

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha annunciato un nuovo decreto legislativo

# FUMARE IN AUTO CON I BAMBINI SARA' REATO

Sigarette vietate anche sulle spiagge, nei parchi pubblici e allo stadio

di Metello Venè

**N**on si potrà più fumare in macchina se ci sono bambini o donne in dolce attesa. Niente sigarette anche nei parchi pubblici, negli stadi e nelle spiagge attrezzate. Inoltre si farà di tutto per scoraggiare i giovani che hanno ceduto al vizio: i pacchetti di "bionde" costeranno di più e, oltre alle classiche scritte come "il fumo uccide", recheranno immagini raccapriccianti sui rischi cui va incontro il fumatore incallito. Questi, in sintesi, sono i punti salienti del decreto legislativo che è stato presentato nei giorni scorsi dal mi-

nistro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, e che salvo imprevisti entrerà in vigore già alla fine di questo settembre. Un provvedimento, dicono in molti, che dovrebbe arginare in modo sensibile l'azione di un killer implacabile: infatti, nonostante, dal 2005 a oggi, si sia scesi dai cento agli ottantacinque milioni di chili di sigarette venduti ogni anno, più di ottantamila persone continuano a morire annualmente per malattie legate al fumo.

Oltre al già citato divieto di



Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, 43 anni, ha presentato un nuovo decreto contro il fumo.

fumare mentre si viaggia con bambini piccoli e donne incinte, che era già stato annunciato lo scorso anno e che aveva scatenato aspre polemiche tra i fumatori incalliti, il nuovo decreto prevede fra le altre cose il divieto di fumare le cosiddette sigarette "aromatizzate", in particolare quelle al mentolo, alla vaniglia e con spezie varie: infatti queste sostanze, particolarmente gradevoli al palato, farebbero cadere in tentazione soprat-

tutto i più giovani, dando loro l'idea che fumare una sigaretta non sia poi così diverso dal gustare una caramella. E proprio pensando ai ragazzi in età scolare, che secondo un recente sondaggio cominciano a fumare già intorno agli undici anni, il ministro **Beatrice Lorenzin** ha sottolineato l'importanza di una corretta informazione, anche attraverso la televisione e Internet. «Magari con un po' di sana ironia, che serve sempre», ha detto. Riferendosi probabilmente alla nuova campagna antifumo in TV, con un Nino Frassica in grande forma che si avvicina al ragazzo con la sigaretta in bocca, gli dà una bonaria pacca e gli dice: «Ma che, sei scemo?».

**Ministero della Salute.** In arrivo il decreto: tra le nuove norme no sigarette in auto con minori a bordo

# Dieci milioni di fumatori: al via la campagna «Ma che sei scemo?»

Il fumo di tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme e si stima che l'epidemia del tabacco sia una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia. Secondo gli ultimi dati, in Italia, su 52,3 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni, circa 10,3 milioni (19,5%) sono fumatori, di cui 6,2 milioni di uomini (24,5%) e 4,1 milioni di donne (14,8%).

I dati sul tabagismo in Italia e nel mondo sono stati ricordati nella conferenza del 16 settembre a Lungotevere Ripa dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin in cui si è parlato del decreto che recepirà la Direttiva europea 2014/40/UE sulla lavorazione, presentazione e vendita di prodotti del tabacco e della campagna di comunicazione che accompagnerà le nuove norme «Ma che sei scemo?» per la dissuasione dal tabagismo e la prevenzione dei danni da fumo passivo, alla presenza dell'attore Nino Frassica che si è prestato come testimonial.

«Il decreto che recepisce la direttiva Ue - ha spiegato Lorenzin - introduce novità molto importanti e l'obiettivo è dissuadere dal fumo di sigarette soprattutto i giovani». Tra le innovazioni c'è la norma che prevede che lo spazio dedicato alle avvertenze contro il fumo sulle confezioni di sigarette occupi il 65% del pacchetto, e dunque molto visibili. C'è poi vi è anche il divieto di vendita a minori di 18 anni di sigarette elettroniche con nicotina e di

sigarette e prodotti di nuova generazione. «Saranno inoltre inasprite - ha aggiunto Lorenzin - le sanzioni sul divieto di vendita ai minori, fino a prevedere per il rivenditore la revoca della licenza dell'attività. Tra le altre novità c'è anche il divieto di vendita online di prodotti del tabacco e il divieto di fumo in auto in presenza di minori e donne in gravidanza».

«La campagna improntata sulla leggerezza e sulla simpatia - ha spiegato il Ministro - mentre molti Paesi scelgono campagne aggressive e di forte impatto. La campagna è indirizzata ai ragazzi ma anche alle loro famiglie, vogliamo divertirli ma allo stesso tempo farli riflettere e Nino Frassica con la sua presenza iconica e la sua straordinaria ironia è il testimonial perfetto». Una campagna semplice ma continua». Spiega ancora Lorenzin: «Abbiamo notato che quando si interrompe la comunicazione su questo tema i fumatori aumentano. Viceversa, quando si intensificano le iniziative a contrasto del consumo di tabacco, si registrano cali consistenti, come nel caso della campagna contro il fumo nei luoghi pubblici di qualche anno fa».

La campagna - che prevede spot video e uno spot radiofonico entrambi della durata di 30 secondi circa - è definita combinata, ossia non esclusivamente contro il fumo ma anche contro altri comportamenti «non salutari» o comunque non corretti. Gli spot sono inoltre pensati soprattutto per una diffusione sul web e per una condivisione sui social network.



Giro di vite contro la diffusione del tabagismo in Italia



## INNOVAZIONE AL MEYER

# Ecco il robot pediatrico Primo intervento urologico

**CON UN BAMBINO** di 9 anni che aveva bisogno di una complessa operazione urologica l'ospedale pediatrico Meyer ha aperto una nuova fase nello sviluppo della chirurgia robotica. Un salto nel futuro che è frutto del Centro interaziendale per lo sviluppo e l'innovazione in urologia pediatrica, nato in estate dall'accordo tra l'Università di Firenze, il Meyer e Careggi per condividere le conoscenze e le risorse tecnologiche, tra cui l'approccio robotico. Alle 11 di lunedì scorso il piccolo è entrato nella sala operatoria di San Luca, a Careggi. Lo attende il team del Meyer (il servizio di Urologia diretto da Antonio Elia, gli anestesisti e le infermiere) guidato da Lorenzo Masieri, giovane ricercatore universitario con grande esperienza di urologia e chirurgia robotica ed endoscopica, cresciuto nella prestigiosa scuola urologica fiorentina (ora valorizzata da Marco Carini e Giulio Nicita) e neo acquisto dell'ospedale pediatrico Meyer, nell'ambito dell'accordo che ha portato alla realizzazione del Centro. D'intesa con l'Università di Firenze, Masieri ha compiuto un periodo di formazione al Great Ormond Street Hospital di Londra. Il piccolo paziente soffre di una malformazione congenita molto frequente in età pediatrica, la stenosi del giunto pieloureterale, un restringimento a causa del quale l'urina non riesce a defluire correttamente dal rene all'uretere, il condotto che porta l'urina dentro alla vescica. Unico trattamento possibile è quello chirurgico che attualmente avviene sempre più frequentemente per via laparoscopica ma anche robotica, nuova frontiera della chirurgia di precisione. Rispetto alla mano umana quella del robot non tentenna, né ha tremori per la stanchezza, e svolge 7 gradi del movimento, quasi simili a quelli del polso umano.



Dir. Resp.: Mario Calabresi

## Le riforme

# Il premier: non taglio la sanità I medici aiutino non scioperino

Stiamo mettendo più soldi, non meno soldi nella sanità. Si può discutere senza che si arrivi allo sciopero

**Matteo Renzi**  
Presidente  
del Consiglio

ROMA

«Noi stiamo mettendo più soldi, non meno soldi nella sanità. Se i medici vogliono dare suggerimenti, facciamo. Si può fare senza che si arrivi allo sciopero». Matteo Renzi tende la mano dopo le polemiche sul decreto sulla sanità varato dal governo, che ha creato la sollevazione della categoria. Intervistato dal Tg5, il premier spiega che «se i medici ci vogliono suggerire modi diversi per tagliare gli sprechi, saremo ben felici di ascoltarli senza che si arrivi allo sciopero. Penso troveremo agevolmente un punto di intesa, ma deve essere chiaro che noi stiamo mettendo più soldi nella sanità, non meno. Quelli che mettiamo, spendiamoli meglio». A sostegno della sua tesi, il premier elenca i numeri, «nel 2013, 106 miliardi, nel 2014, 109, più 3%, nel 2015, 110 miliardi e il prossimo anno 111 miliardi. Nella sanità i sol-

di non sono tagliati, ne abbiamo messi di più ma la gente invecchia, ha bisogno di cure, quindi dobbiamo trovare criterio per fare cose che servono davvero».

Prima di partire per il suo viaggio in America, il premier si mostra fiducioso sulla riforma che tiene banco in questi giorni, quella del Senato, dicendosi convinto che «non ci saranno problemi. Le riforme andranno avanti, sono un tentativo di rendere il paese più semplice e giusto, un po' meno politici e un po' più concretezza per i cittadini. I tempi vengono rispettati finalmente». Batte sul tasto di quanto siano fondamentali per la ripresa, perché «finalmente le riforme portano alla crescita economica del Paese, finalmente siamo al segno più, finalmente l'Italia non è più il problema: oggi nel mondo il problema sono gli altri, non più gli italiani e di questo dobbiamo essere felici e orgogliosi». E torna sul punto più volte ribadito, «la principale riforma è restituire fiducia. Se gli italiani dopo tanto tempo vedono tornare a crescere i consumi è perché i tanti soldi da parte, fermi in Italia tornano a girare, si rimette in modo l'economia reale e noi diventiamo il Paese più forte dell'Ue». [R. I.]



## Venezia. La cura sta nelle differenze La frontiera della "medicina di genere"

**Venezia.** In occasione dell'11ma edizione del convegno "The future of science", manifestazione mondiale (vice-presidente Kathleen Kennedy) che si tiene ogni anno nell'isola di San Giorgio per volontà delle Fondazioni Umberto Veronesi, Silvio Tronchetti Provera e Giorgio Cini, si è tenuta una conferenza sulla medicina di genere, branca innovativa delle scienze biomediche che intende approfondire le differenze tra uomo e donna. Non mancano studi che dimostrano le differenze nella fisiologia e nella psicologia, soprattutto quando si tratta di affrontare una malattia. Ad esempio, le donne muoiono per malattie cardiovascolari in misura maggiore rispetto agli uomini e sono più a rischio per l'Alzheimer, gli uomini sono più esposti al Parkinson. Sul piano terapeutico la ricerca della Novartis è impegnata da anni a trovare i migliori trattamenti possibili per ciascun individuo, maschio o femmina. Cure personalizzate e farmaci efficaci da utilizzare per pazienti che possono trarne beneficio, senza effetti collaterali. (G.San.)



## La spending nella sanità? Almeno taglierà un po' di ricette

Il prospettato decreto del **ministero della Sanità** che ipotizza di rendere non più gratuite 208 prestazioni sulle attuali 1.700 nel caso queste fossero considerate non indispensabili per il paziente, sta creando, com'era facile prevedere, proteste diffuse. Senza entrare nel merito e nelle tecnicità del provvedimento nonché delle proteste connesse, va segnalato che ciò può costituire comunque un passo significativo contro una delle piaghe del nostro sistema sanitario e non solo: la cosiddetta «medicina difensiva». Nel timore, cioè, di dover rispondere in sede legale (sia penale sia soprattutto civile) dei propri comportamenti (che, come si vedrà, ad oggi non sono facilmente assicurabili sul mercato) molti medici prescrivono tutto il prescrivibile (in termini di farmaci e/o di terapie e/o di analisi cliniche) ai propri pazienti anche quando non strettamente necessario, e ciò solo per garantire se stessi. Secondo stime molto attendibili ciò causerebbe danni al bilancio pubblico per una cifra enorme, compresa tra 11 e 13 miliardi di euro all'anno. Il cosiddetto decreto Balduzzi (legge 189/12) ha previsto, tra l'altro, la costituzione di un apposito fondo per la copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie. Tale fondo però non è ancora operativo e lo diverrà attraverso un decreto di attuazione che sta per essere emanato. Il fondo è uno strumento molto atteso per garantire, da un lato, un'effettiva indennizzabilità del rischio in ambito sanitario e

per consentire, dall'altro lato, ai professionisti di operare con maggiore tranquillità e soprattutto senza dover sottostare a condizioni di premio oggi insostenibili dal punto di vista economico. Un meccanismo assicurativo in qualche modo pubblico può costituire infatti una risposta a ciò che appare sempre più la replica della *malpractice crisis* che colpì gli Stati Uniti negli anni 70 e 80 del secolo scorso: aumentano le azioni giudiziarie, aumentano i risarcimenti, gli assicuratori fuggono dal mercato lasciando strutture, medici e pazienti sostanzialmente senza rimedi o coperture. È quello che gli economisti definiscono come «selezione avversa» un fenomeno che si manifesta quando il mercato rende conveniente assicurarsi soltanto a coloro che appartengono a classi di rischio molto elevate, con la conseguenza, nei casi estremi, che verranno meno le condizioni di profittabilità per l'assicuratore e il mercato sparirà. Tutto ciò non fa che pesare, in Italia e in Europa, in maniera indiscriminata sulla fiscalità generale, che, alla fine, si trova a sostenere gli extra costi che vengono a gravare sulle strutture sanitarie pubbliche. Da qui la necessità da parte delle istituzioni di intervenire sia per contenere i danni al bilancio ma anche per migliorare l'efficienza del sistema. (riproduzione riservata)

\* *delegato italiano  
alla Proprietà Intellettuale*



IL PUNTO DI MAURO MASI\*

## Medici, in arrivo il fondo antirischi

Il prospettato decreto del ministero della sanità che ipotizza di rendere non più gratuite 208 prestazioni sulle attuali 1.700 nel caso queste fossero considerate non indispensabili per il paziente, sta creando, come era facile prevedere, proteste diffuse. Senza entrare nel merito e nelle technicalità del provvedimento nonché delle proteste connesse, va tuttavia segnalato che esso può costituire comunque un passo significativo contro una delle piaghe del nostro sistema sanitario e non solo: la cosiddetta «medicina difensiva». Nel timore, cioè, di dover rispondere in sede legale (sia penale sia soprattutto civile) dei propri comportamenti (che, come si vedrà, ad oggi non sono facilmente assicurabili sul mercato) molti medici prescrivono tutto il prescrivibile (in termini di farmaci e/o di terapie e/o di analisi cliniche) ai propri pazienti anche quando non strettamente necessari e ciò solo per garantire se stessi. Secondo stime molto attendibili ciò causerebbe danni al bilancio pubblico per una cifra enorme, compresa tra 11-13 miliardi di euro all'anno.

Il cosiddetto «Decreto Balduzzi» (legge 189/12) ha previsto, tra l'altro, la costituzione di un apposito fondo per la copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie; il fondo però non è ancora operativo; lo diverrà attraverso un decreto di attuazione che sta per essere emanato. Il fondo è uno strumento molto atteso per garantire, da un lato un'effettiva indennizzabilità del rischio in ambito sanitario,

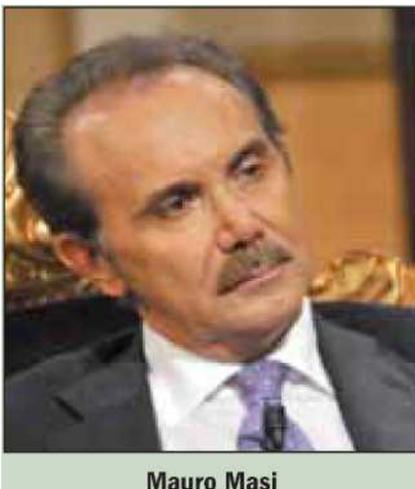
dall'altro di consentire ai professionisti di poter operare con maggiore tranquillità e, soprattutto, senza dover sottostare a condizioni di premio oggi insostenibili dal punto di vista economico. Un meccanismo assicurativo in qualche modo pubblico può costituire infatti una risposta a ciò che appare sempre più la replica della «malpractice crisis» che ha colpito gli Stati Uniti negli anni 70 e 80 del secolo scorso: aumentano le azioni giudiziarie, aumentano i risarcimenti, gli assicuratori «fuggono» dal mercato lasciando strutture, medici e pazienti sostanzialmente senza rimedi o coperture.

È quello che gli economisti definiscono come «selezione avversa» un fenomeno che si manifesta quando il mercato rende conveniente assicurarsi soltanto a coloro che appartengono a classi di rischio molto elevate con la conseguenza, nei

casi estremi, che verranno meno le condizioni di profittabilità per l'assicuratore e il mercato «sparirà». Tutto ciò non fa che pesare – in Italia e in Europa – in maniera indiscriminata sulla fiscalità generale che, alla fine, si trova a sostenere gli extra-costi che vengono a gravare sulle strutture sanitarie pubbliche. Da qui la necessità da parte delle istituzioni di intervenire sia per contenere i danni al bilancio ma anche per migliorare l'efficienza del sistema.

**\*delegato italiano  
alla proprietà intellettuale  
CONTATTI: [mauro.masi@consap.it](mailto:mauro.masi@consap.it)**

—© Riproduzione riservata—



Mauro Masi



**Sanità** Renzi: "Parleremo anche con i medici"

## Il ministro **Beatrice Lorenzin** rilancia "Basta liste d'attesa, aboliremo gli esami inutili con il decreto legge"

► ROMA - "Dovremo parlare anche con i medici - dice il premier - ma segniamoci i numeri: nel 2013 106 miliardi, nel 2014 109 mld, più 3%, nel 2015 110 miliardi e il prossimo anno 111 miliardi. Nella sanità i soldi per la sanità non sono tagliati, ne abbiamo messi di più ma la gente invecchia, ha bisogno di cure, quindi dobbiamo trovare criterio



per fare cose che servono davvero". Fa eco il ministro **Lorenzin**: "A tutti i cittadini, senza distinzione, sarà possibile accedere ai servizi sanitari. Nel medio periodo, meglio di ora riducendo liste d'attesa e migliorando l'offerta. Non prescrivere indagini inappropriate significa rinunciare a quelle mai avrebbero dovuto essere prescritte". Al centro, ovviamente,

c'è il decreto per la revisione dell'elenco delle visite e degli esami. "Lo spreco per eccellenza - rivela **Lorenzin** - è quello della risonanza magnetica: ogni anno ne vengono prescritte 5 milioni, di cui almeno un milione, possono essere considerate non necessarie per la diagnosi". ◀



## La polemica

### **Lorenzin: «Il decreto va incontro ai medici»**

«Questo decreto ha suscitato parecchie polemiche. Spero potremo risolverle perché è una misura che va incontro ai medici». Lo ha detto il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** a Sorrento alla "Summer School di Costruiamo il futuro". «In questi anni di crisi i medici hanno tenuto in piedi il sistema sanitario a loro va il mio plauso. Noi vogliamo togliere abusi e sprechi per reinvestire in sanità, insieme ai medici». «La mia missione - ha aggiunto - è quella di dare cure a tutti e per farlo dobbiamo eliminare gli abusi». Il **ministro della Salute** ha poi fatto un esempio pratico: «Sono mamma di due gemellini appena nati, uno dei due ha avuto il reflusso sin dai primi mesi. Come tutte le mamme ho avuto un'apprensione fortissima per mia figlia e ho chiamato più volte il pediatra che mi ha detto: «Ministro la bambina ha il reflusso, potrei anche fare un'ecografia ma quello che troviamo già lo so. Ho dato retta al mio medico, perché ho avuto fiducia in lui, la bambina ha fatto il suo percorso e adesso sta bene. Cosa è accaduto in questo rapporto? Innanzitutto un rapporto di fiducia e lo Stato ha risparmiato 150 euro».

