

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

Incinte e stressate? Vostro figlio potrebbe nascere con problemi motori

Studio australiano dimostra come gli eventi traumatici vissuti durante la gestazione possano influire non soltanto sullo sviluppo cognitivo ma anche su quello funzionale



Mamme attenzione, lo stress in gravidanza può danneggiare le capacità motorie del vostro piccolo. E' questa, in estrema sintesi, la conclusione di uno studio della University of Notre Dame Australia e del Telethon Kids Institute pubblicata dalla rivista Child Development. La ricerca, effettuata su quasi 3 mila donne, è la prima che analizza sul lungo periodo gli effetti sullo sviluppo della coordinazione in seguito ad eventi stressanti durante i 9 mesi

di gestazione.

Diversi studi, non è di certo una novità, hanno già dimostrato che lo stress in gravidanza può danneggiare il bambino portandolo allo sviluppo di deficit cognitivi. Pochi invece sono quelli che hanno indagato possibili effetti nello sviluppo muscolare. Per verificarne l'effettivo legame gli scienziati australiani hanno sottoposto le donne in gravidanza ad un questionario – durante tutto il periodo della gravidanza- in cui segnalare tutte le situazioni di possibile stress. Queste includevano difficoltà finanziarie, perdita di un parente stretto o un amico, separazione o divorzio, problemi coniugali, problemi con la gravidanza, perdita del lavoro e traslochi di casa.

Successivamente, all'età di 10, 14 e 17 anni, i bambini sono stati sottoposti a test sullo sviluppo motorio e sul coordinamento. I ragazzi sono stati poi divisi in tre gruppi con il seguente criterio: nel primo quelli nati da madri che non hanno sperimentato stress durante la gravidanza, nel secondo quelli nati da donne che hanno vissuto meno di tre eventi stressanti durante la gravidanza e nel terzo quelli con più di tre episodi traumatici. Dalle analisi è emerso che i bambini le cui madri avevano vissuto gli eventi più stressanti durante la gravidanza avevano un punteggio nettamente inferiore sullo sviluppo delle capacità motore in tutte e tre le fasce di età. Non è infatti un caso che questi bambini abbiano difficoltà nella vita di tutti i giorni come ad esempio la scrittura.

Secondo i ricercatori ciò sarebbe dovuto a problemi di sviluppo della corteccia cerebrale, quella parte di cervello che controlla i movimenti, che solitamente si sviluppa nelle fasi più avanzate della gravidanza. Come spiega il professor Beth Hands, uno degli autori dello studio, «I nostri risultati dimostrano ancora una volta l'importanza della salute mentale ed emotiva delle donne in gravidanza nel corretto sviluppo del proprio bambino. Ecco perché una delle priorità dei sistemi sanitari dovrebbe essere quello di garantire programmi volti a rilevare e ridurre lo stress materno durante la gravidanza».

Il Belgio pensa di legalizzare l'uso di donne «incubatrici»

In Belgio si discute sulla possibilità di rendere legale la maternità surrogata. Il Senato di Bruxelles è impegnato in una serie di audizioni di esperti in diverse materie, dagli avvocati agli psicologi. Le componenti femminili del Centro democratico umanista, partito francofono, lamentano che la politica in questa vicenda ha ignorato le donne. In particolare, le militanti del Cdu sottolineano che anche davanti all'umanissimo desiderio di avere un figlio bisogna fermare le pretese di una società dove il "diritto al bambino" sembra ormai precedere il "diritto del bambino". Le donne del partito chiedono anche un'iniziativa che vada oltre i confini nazionali del Belgio, come il documento presentato il 4 settembre da «No maternity traffic» alla Conferenza de L'Aja che sta studiando gli aspetti del diritto internazionale in materia di maternità surrogata. La Ong ne chiede la messa al bando globale, come il traffico di bambini, ricordando i «seri problemi giuridici ed etici» che la maternità surrogata solleva.

Simona Verrazzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovedì, 15 ottobre 2015

Di maternità surrogata si può morire

di **Valentina Fizzotti**

Brooke era dell'Idaho, nordovest roccioso degli Stati Uniti, e doveva partorire due gemelli. L'8 ottobre è diventata la prima americana morta per aver affittato l'utero, a causa di «rare complicanze mediche della gravidanza». L'annuncio è apparso sulla piattaforma di *fundraising* «gofundme.com», dove le «Surro Sisters for Brooke» – altre madri surrogate – hanno già raccolto offerte per quasi 5mila dollari per erigere una lapide in sua memoria e mandare la sua famiglia in vacanza. Perché Brooke «era un'amica e una madre surrogata di cinque bambini», scrive Kathleen McRoberts, avvocato che l'ha accompagnata «nei suoi tre viaggi» nel mondo della gravidanza conto terzi.

La storia è stata resa nota dal californiano «Center for Bioethics and Culture Network» (Cbcn), che ha chiesto un'audizione al Congresso sul business dell'allevamento di bambini, in espansione negli Stati Uniti. Non è la prima, Brooke, a morire per aver affittato la pancia. Di molte di loro non si scoprirà mai, rubricate sotto "deceduta per complicazioni" da gravidanza o parto. Di altre si è saputo grazie ai familiari: nel 2005 fu la madre di Natasha Caltabiano – morta di infarto a Bristol, Regno Unito, 90 minuti dopo aver partorito un maschio per una coppia dell'Irlanda del Nord – a prendersela con l'industria della fertilità. Nel 2012 molti si indignarono per la scomparsa (arresto cardiaco all'ottavo mese) della trentenne indiana Premila Vaghela, che riuscì comunque a lasciare a una coppia americana il bambino partuito. Con la madre surrogata indiana morì invece di epatite, nel 2013, uno dei due gemelli di "proprietà" di una coppia norvegese: i figli naturali della donna, rimasti orfani, furono risarciti con 5mila dollari.

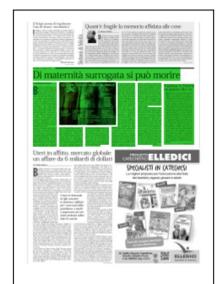
Questa volta, però, la gestante per soldi è americana: «Sinora i media nazionali non hanno mostrato interesse per questa morte», denuncia Jennifer Lahl, presidente di

Cbcn, autrice del documentario *Breeders*, «Animali da riproduzione», sulle surrogate. Brooke avrebbe avuto in grembo i figli di una coppia spagnola, ma non c'è certezza sulla loro morte (come invece riferiscono le "sorelle" surrogate). Sollevare il problema dell'utero in affitto con casi veri alla mano, in America come in Italia, attira critiche perché stride con la favola dell'aiutare chi non può avere figli.

Di conseguenza sono molte le storie tristi – spiega Lahl – che restano sconosciute (mentre parla con *Avvenire* riceve l'e-mail di una ragazza che vuole raccontare la sua storia di surrogata canadese che ha rischiato la morte), poche arrivano a far notizia. Purtroppo, dice, la maggior parte delle persone non capisce la complessità di questa pratica in cui donne e bambini corrono gravi rischi e se qualcosa va storto si ritrovano soli. «Il legame fra madre e figlio è fondamentale, ma qui si rimuove tutto perché si vuole disperatamente un bambino, dimenticando che questo è un grande business in cui i ricchi comprano e i poveri vendono». Per questo il Centro ha lanciato in tutto il mondo la campagna «Stop Surrogacy Now»: «Continueremo a porre le domande che contano e a dare voce a coloro che hanno subito danni».

Il giro d'affari statunitense sugli uteri in locazione è esploso dopo la decisione della Corte Suprema di legalizzare in tutto il Paese i matrimoni omosessuali, perché le coppie gay cercano figli. «La maternità surrogata – dice Lahl – è stata praticata per decenni dalle coppie etero: nel 2007 *Time* mise la gravidanza al primo posto tra le attività date in *outsourcing* in America. La novità è nella rinnovata pressione perché siano approvate leggi che liberalizzino la maternità surrogata per poter soddisfare la domanda di tante coppie formate da persone dello stesso sesso. La politica dice di essere interessata ai diritti delle donne? Bene, allora faccia la sua parte e fermi gli uteri in affitto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE CIFRE DI UNA PIAGA GLOBALE



Sorpresa: in Francia un giudice dice no

Quando si forzano le regole del diritto per innestarvi ideologia l'esito può tradursi in un guazzabuglio giurisprudenziale. In Francia, in queste ore, è la chiave di lettura cui ricorrono associazioni come «Giuristi per l'infanzia» dopo l'ultimo sviluppo del braccio di ferro sulla registrazione allo stato civile transalpino dei bambini di padre francese nati all'estero attraverso il ricorso alla maternità surrogata. La Corte d'appello di Rennes ha appena rifiutato la trascrizione dell'atto di nascita che designa come "genitori" i membri della coppia francese che ha fatto ricorso all'utero in affitto fuori dai confini francesi. Per i giudici non può essere definita "madre" colei che non ha partorito. A luglio, invece, la Corte di Cassazione aveva autorizzato la trascrizione anche quando l'atto di nascita cita solo il padre. La sentenza di Rennes, sostiene «Giuristi per l'infanzia», prova che «la trascrizione degli atti di nascita non è in fondo così cruciale», essendo già i bambini registrati nei Paesi di nascita. (D.Z.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Né maschio né femmina Ecco il «sesso neutro»

di **Daniele Zappalà**

La giustizia francese ha riconosciuto per la prima volta a un individuo la possibilità di non essere registrato a livello amministrativo come uomo o donna a causa d'importanti malformazioni alla nascita del sistema riproduttivo. I giudici di Tours hanno pronunciato la sentenza lo scorso 20 agosto, ma la notizia è stata rivelata solo ieri.

Nata con caratteri sessuali incompleti tanto maschili quanto femminili, la persona oggetto del pronunciamento giudiziario era stata registrata come di sesso maschile ma si è rivolta alla giustizia per contestare l'attribuzione. Nella sentenza si legge che «il sesso assegnato alla nascita appare puramente fittizio». E il tribunale ha dunque autorizzato la trascrizione nell'atto di nascita della menzione «sesso neutro». Lo stesso verdetto precisa: «Non s'intende per nulla riconoscere un qualsiasi "terzo sesso" ma prendere atto dell'impossibilità di ricondurre la persona interessata a un sesso o all'altro».

Oggi 64enne, la persona ha confessato alla stampa, sotto anonimato, le proprie sofferenze a partire dall'adolescenza. La Procura di Tours ha presentato ricorso contro la decisione dei giudici esprimendo perplessità sul fatto che «questa richiesta possa suscitare un dibattito volto al riconoscimento di un terzo genere». A livello internazionale si tratta di un caso incluso dalla medicina fra i cosiddetti "Dsd" (Disorders of sex development), che riguardano le persone «i cui organi genitali sono difficili o impossibili da definire secondo gli standard abituali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Uteri in affitto, mercato globale: un affare da 6 miliardi di dollari

Cresce la domanda di figli concepiti in provetta e affidati per i nove mesi della gravidanza a madri a pagamento per poi essere prelevati subito dopo la nascita

di **Giulia Mazza**

Bambini "perduti" in un limbo legale che li rende figli di nessuno e cittadini senza patria. Donne pagate (una miseria) per portare nel proprio grembo uno, due, tre, a volte - senza saperlo - anche cinque embrioni. Sono loro le prime vittime dell'«utero in affitto».

Se ne distinguono due forme: quella "tradizionale", in cui si usa l'ovulo della surrogata, che è così madre biologica del neonato; e quella gestazionale, in cui la surrogata è solo un "involucro". In questo caso l'embrione è creato con fecondazione in vitro usando ovulo e seme degli "aspiranti genitori"; ovulo o seme proveniente da una donatrice o un donatore; sia ovulo che seme provenienti da donatori. Negli ultimi anni si pratica in modo quasi esclusivo la surrogazione gestazionale, nel tentativo di eliminare qualcuna delle ingenti complicazioni etiche relative al legame che si instaura tra donna e bambino durante la gravidanza.

La pratica viene distinta anche in "altruistica", quando la surrogata non è pagata per il suo servizio di utero in affitto (ma le spese mediche sì) e "commerciale", se nelle spese è inclusa anche la "parcella" della surrogata. Il fenomeno non ha una normativa omogenea. In alcuni Paesi è illegale (Italia, Francia, Germania, Spagna, Portogallo, Cina) e chi è coinvolto è perseguibile penalmente. In altri è legale solo quella "altruistica" (Regno Unito, Irlanda, Danimarca, Belgio), mentre quella commerciale è proibita. In altri ancora non esiste un preciso quadro legislativo (Svezia). Infine ci sono nazioni dove la maternità surrogata commerciale è legale (alcuni Stati Usa, India, Ucraina, Russia, Georgia). Tra questi ultimi, Stati Uniti (in particolare la California, hub nazionale per le gravidanze surrogate), India e Ucraina sono considerati i Paesi fautori del boom dell'industria della surrogazione commerciale. In particolare, New Delhi e Kiev si sono costruite una reputazione presentandosi come mecca del "turismo procreativo", fornendo assistenza medica di qualità a poco prezzo.

I costi variano da Paese a Paese. Negli Usa una coppia può arrivare a spendere tra i 100mila e i 150mila dol-

lari per avere un figlio con questo sistema, di cui dai 14mila ai 18mila vanno alla surrogata. In India e Ucraina i prezzi scendono: 30mila-40mila dollari (di cui appena 800-2.500 alla surrogata) a New Delhi; 30mila-45mila dollari a Kiev, dove la surrogata riceverà 10mila-15mila dollari.

I dati relativi alle nascite sono difficili da ottenere, poiché molti Paesi non li diffondono. Nel 2010 in California sono nati circa 1.400 bambini, la metà dei quali su richiesta di coppie straniere. In India operano oltre 3mila cliniche, per un business che supera i 400 milioni di dollari l'anno e porta a termine almeno 1.500 casi di surrogazioni l'anno, un terzo dei quali per conto di stranieri. In Ucraina nel 2011 sarebbero state portate a termine con successo 120 gravidanze, ma il numero reale potrebbe essere molto più alto. Metà degli accordi coinvolge coppie straniere.

Nonostante le restrizioni (o proibizioni) vigenti in molti Paesi, è un mercato in crescita che, secondo le stime, frutta circa 6 miliardi di dollari l'anno a livello internazionale. Eppure, sono tantissimi gli scandali avvenuti in questi anni che mettono in luce gli aspetti più equivo-

voci dell'utero in affitto, spingendo alcuni Stati a ripensare le proprie leggi. È nota la vicenda di Gammy, nato da surrogata thailandese nel 2014 e abbandonato dai genitori acquirenti australiani perché Down. Dopo il suo caso, il governo di Bangkok ha vietato la surrogazione commerciale agli stranieri.

Altra storia celebre è quella di Baby Manji, nata nel 2008 in India su commissione dei giapponesi Ikufumi e Yuki Yamada. A un mese dal parto la coppia divorzia: il padre vuole tenere la piccola, l'ex moglie no. Né l'ambasciata giapponese né le autorità indiane possono rilasciare

alla bimba un passaporto: per legge, il documento può essere emesso solo in base alla nazionalità della madre. Ma nessuna delle tre mamme "potenziali" - la surrogata, l'ex moglie, la donatrice dell'ovulo - intende riconoscere la piccola. Dopo una lunga battaglia legale, l'uomo ottiene un certificato d'identità per tornare in Giappone con la piccola.

Più vicino è il caso dei coniugi Le Roch, francesi. La surrogazione oltralpe è illegale e ai nati da questa pratica non si riconosce la cittadinanza (ma la giurisprudenza recente sta sovvertendo questa regola). Tuttavia nel 2010 volano in Ucraina per affittare una surrogata, che mette al mondo due gemelle. Dietro suggerimento dell'agenzia, la coppia dice all'ambasciata francese a Kiev di aver partorito lì le piccole, per ottenere i passaporti: i



funzionari fiutano l'inganno e respingono la richiesta. Anche la legge ucraina è inappellabile, perché considera le piccole come cittadine francesi. Il padre tenta di scappare di nascosto in Ungheria con le gemelle ma, scoperto, viene accusato di traffico umano dall'Ucraina. I coniugi Le Roch sono tuttora a Kiev, con le due bambine, nella speranza di ricevere i passaporti francesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il confronto. Farmaci, partita aperta - Ospedali in rosso, piani di rientro triennali

Sanità, ultimo assalto delle Regioni per ridurre il taglio da 2,3 miliardi

LA RICHIESTA

Per i governatori l'asticella va fissata almeno a quota 112 miliardi. Anche i presidenti delle due commissioni in Parlamento in pressing su Renzi

Roberto Turno

ROMA

«Servono almeno 112 miliardi o non ce la faremo mai». I governatori tentano sul filo di lana l'ultima mediazione col Governo per fare alzare l'asticella dei fondi per la sanità oltre il muro dei 111 miliardi indicato da Matteo Renzi. E con loro fanno pressing insieme perfino i due presidenti delle commissioni di Camera e Senato, i sindacati, i medici pronti alla mobilitazione e agli stati generali della professione la prossima settimana sotto l'egida dell'Ordine. E anche tutta la filiera delle industrie della salute, sebbene con profilo più basso ma non meno preoccupata, è in tensione. Tutti a caccia di un aumento della posta sul piatto del Ssn. Ma il Governo per ora non cede. Si capirà con certezza solo oggi in Consiglio dei ministri se Renzi darà l'ordine di allentare i cordoni della borsa sotto tutta questa pressione. E se l'Economia darà il suo avallo. Anche se da indiscrezioni che filtrano tra palazzo Chigi e via XX Settembre, non è da escludere che la cifra definitiva del Fondo sanitario 2016 la si deciderà solo al Senato dove la manovra tra una settimana comincerà la sua navigazione parlamentare. Quella potrebbe essere la sede per riavvolgere il nastro e mettere un punto fermo. Perfino mettendo in conto, da parte del Governo, la possibilità di dover affrontare la pressione sempre più forte della piazza intera della sanità pubblica per un mese intero. Ma intanto si partirebbe da quota 111 miliardi. Un

miliardo in più del 2015, ma 2,3 in meno del previsto e stabilito con i governatori appena a luglio.

La "manovra sanitaria 2016" arriva oggi in Consiglio dei ministri con tante incertezze ma anche con un bel gruzzolo di nuove norme pronte per l'uso. Con misure che potrebbero essere riscritte o aggiustate cammin facendo. Ma anche con capitoli su cui - quantità del finanziamento a parte - la tensione è altissima tra Governo e regioni. Il capitolo farmaci è uno di questi, e non certamente secondario.

Sulla farmaceutica si stanno giocando almeno due partite. La prima è il ripiano per almeno 1,2 miliardi dello sfondamento da parte delle industrie per la spesa ospedaliera del 2013-14: ripiano i cui meccanismi sono stati bocciati da Tar e Consiglio di Stato. Governo e regioni vogliono correre ai ripari, anche con norme più soft e cambiando la procedura dal 2015 in poi. Potrebbe esserci una norma con un decreto a parte. La seconda partita è quella dei nuovi tetti, del pay back e dei farmaci innovativi: il tavolo ad hoc non ha concluso i lavori (doveva farlo entro il 10 ottobre) e non c'è stata alcuna conclusione. Il Governo deciderà da solo, con regole che i governatori non condividono? L'incertezza è grande.

Dove non sembra esservi incertezza è invece sull'anticipo nella manovra delle nuove regole sulla responsabilità professionale (inversione dell'onere della prova a carico dei cittadini), anche se l'economia ha chiesto conti precisi sotto l'aspetto finanziario. Ancora ieri era data per sicura anche la norma sui piani di rientro per gli ospedali (chi più, chi meno, pressoché tutti) in rosso: durebbero tre anni sotto la regia regionale ma anche con l'affian-

camento dei ministeri. Chi dopo tre anni non ce l'ha fatta, non potrà aumentare gli organici e acquistare col contagocce. E i manager perderebbero il posto. In arrivo anche finanziamenti per aumentare entro il 2020 di 6 mila le borse di studio per gli specializzandi in medicina. Poi risparmi da spending review per acquisti di beni e servizi, altra voce da 1 mld di euro.

Tutto questo mentre le regioni ancora ieri hanno discusso al Mef la possibilità di riconvertire i bond regionali: si risparmierebbe un miliardo, ma solo per alleggerire i conti regionali da quella parte della manovra extra sanitaria ereditata da Mario Monti che nel 2016 si trascinerebbe ancora per 2,2 miliardi. Una specie di "scambio" rispetto ai tagli alla sanità. Ma la strada non è esattamente in discesa. Tanto meno in tempi così rapidi.

Intanto le regioni battono cassa. Lo hanno fatto ieri affidando la posizione comune al coordinatore della sanità Sergio Venturi (Emilia Romagna): «Almeno 112 miliardi» è la richiesta. Richiesta rilanciata dai presidenti delle commissioni di Senato e Camera, Emilia Grazia De Biasi e Mario Marazziti, che con un (inusuale) comunicato congiunto hanno detto di «condividere» in pieno le preoccupazioni delle regioni e della ministra. Che ieri è rimasta in silenzio. Ma molto affaccendata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ, EMERGENZA TRA MALATI CRONICI E REPARTI INTASATI

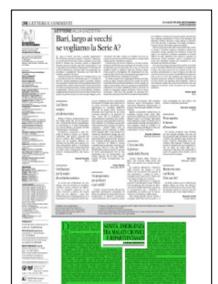
di NICOLA SIMONETTI

Dimissioni difficili, intasamento delle unità operative per pazienti acuti, liste di attesa lunghe, attesa che, a volte, significa aggravamento, complicazioni, morte.

A parte la sofferenza del soggetto e della sua famiglia, questa situazione concreta danneggia anche economicamente il Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è stata fatta, negli interventi nel corso del IX congresso nazionale della neurologia territoriale tenutosi a Monopoli (presidenti V.Napoletano e R.Sambati; 350 specialisti partecipanti), è del prof. Onofrio Resta direttore del Dipartimento Assistentiale Cardiotoracico e dell'annesso centro di riferimento interregionale per i disturbi respiratori nelle malattie neuro muscolari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale del Policlinico di Bari. "Una emergenza nei nostri reparti - ha detto Resta - è che, superata la fase acuta, riesce molto difficile inviare i nostri malati cronici con patologie neurodegenerative e neuro muscolari presso strutture intermedie per la farraginosità e i ritardi nei percorsi UVM. I nostri pazienti, esaurite le procedure relative all'inquadramento della forma presentata e risolta l'emergenza, hanno bisogno di trasferimento in strutture intermedie con setting assistenziali più adeguati ai loro bisogni di terapia ed assistenza successivi all'acuzie. Purtroppo, però, spesso essi restano impropriamente, anche per più settimane, nei letti delle nostre corsie, rischiano contagi di infezioni gravi laddove il trasferimento in strutture idonee ai loro bisogni renderebbe meno a rischio la loro malattia ed offrirebbe assistenza idonea alla loro patologia con costi decisamente contenuti.

Il "peccato" di sottrazione di posti letto ad altri malati acuti che avrebbero inderogabile necessità di occuparli non è addebitabile a loro ma alle difficoltà ed inefficienze nei percorsi del territorio. Inevitabilmente la situazione si ripercuote anche sui nostri ritmi di lavoro e contribuisce agli sprechi del comparto sanità". "La difficile situazione economica italiana e pugliese con i rischi (paventati proprio in questi giorni) di un sprofondamento del bilancio della sanità impone una riflessione anche da parte degli operatori su conseguenze sanitarie, valutazione etiche e l'impatto sociale delle scelte che, pur nei vincoli di bilancio, garantisca livelli essenziali di assistenza nel settore delle complessità, fragilità e non autufficienza delle malattie neuro degenerative, neuromuscolari e neuro infiammatorie croniche che alimentano il delicato e multidisciplinare e multidimensionale campo della disabilità fisica e psichica".

Alla tavola rotonda dedicata alla realtà sociosanitaria e la presa in carico del paziente complesso nel territorio hanno portato contributi la prof. M. Leonardi del Besta di Milano, referente italiana dell'Oms (necessità di valorizzare la realtà socio sanitaria con una progettualità che identifichi il domicilio come luogo di dignità di cura e veda i centri diurni socio educativi riabilitativi protagonisti della presa in carico del malato complesso disabile), dr. Candela delegata dell'assessore al Welfare Salvatore Negro (attivazione di un tavolo di coordinamento dell'attività socio sanitaria delle Asl e coinvolgimento dei DG delle Asl pugliesi). Il dr. Napolitano, ha presentato, con la collaborazione di Università, Servizi sociali Area metropolitana, Policlinico, Strutture territoriali ASL Bari, un progetto articolato sulla presa in carico delle patologie, neurodegenerative, neuromuscolari, neuro infiammatorie per seguire il paziente dalla dimissione ospedaliera ai vari setting assistenziali.



Dir. Resp.: Andrea Cangini

TORINO**Doppio trapianto
Fratello e sorella
ricevono rene nuovo**

DOPPIO trapianto di rene all'ospedale Molinette di Torino. Fratello e sorella affetti da grave nefropatia hanno ricevuto un organo nuovo e sono stati operati tutti e due nell'arco dello stesso pomeriggio, evento senza precedenti. I reni erano stati prelevati da una donatrice di 41 anni di nazionalità rumena deceduta per emorragia cerebrale nel reparto rianimazione. Il rene sinistro è stato impiantato su un uomo venezuelano di 48 anni in dialisi dal 2013 per una malattia ereditaria, la nefropatia policistica. Il rene destro è stato donato alla sorella, 50 anni, affetta dalla medesima patologia familiare, non ancora in dialisi. I due risiedono in Piemonte.



Tra paziente e medico fiducia sull'ultimo tratto

Il documento sulle scelte di fine vita messo a punto dal Comitato scientifico del Cortile dei gentili presenta aspetti, interrogativi e nodi sui quali confrontarsi in vista di future decisioni legislative

di **Michele Aramini**

Il 17 settembre la Fondazione Cortile dei Gentili ha presentato nella sede del Senato un documento sulle scelte di fine vita («Linee propositive per un diritto della relazione di cura e delle decisioni di fine vita») col quale intende offrire la definizione di principi condivisi e adeguati alla realtà del delicatissimo rapporto fra medico e paziente. Il testo è stato elaborato da alcuni membri del Comitato scientifico del Cortile, grazie all'aiuto anche di contributi esterni di credenti e non credenti. Il testo presenta tre principi cui le cure dovrebbero ispirarsi: appropriatezza, proporzionalità e consensualità. «La cura – vi si legge – è appropriata non solo quando soddisfa i parametri di oggettiva validità scientifica, ma quando è in sintonia con il sentire del paziente rispetto al suo bene e riscuote così la sua fiducia». E ancora: «La cura è proporzionale quando tiene conto insieme dei benefici e della sofferenza della persona curata... La cura è infine consensuale, perché consensuale è tutta la relazione di cura, un processo che deve portare alle decisioni terapeutiche in modo commisurato alle condizioni del paziente». L'attuazione di questi principi si realizza con una serie di stru-

menti: la pianificazione condivisa delle cure; il fiduciario, cioè la persona dalla quale il paziente può decidere di essere affiancato o rappresentato; le dichiarazioni anticipate del paziente. La lettura del documento rivela un forte impegno di confronto su temi delicati: «Nei casi di legittimo rifiuto o di non proporzionalità delle cure l'astensione e l'interruzione sono condotte che adempiono a un dovere deontologico e come tali devono essere sottratte a sanzione, sia civile che penale. Per converso, ove l'interruzione esiga l'intervento del medico e possano insorgere in ciò i presupposti per l'obiezione di coscienza, il medico potrà legittimamente sottrarsi all'intervento, nel rispetto tuttavia del dovere deontologico di assicurare altrimenti la continuità di assistenza». Quest'ultimo punto – l'obiezione di coscienza – richiede approfondita discussione, stante la forte e pericolosa tendenza mondiale a livello legislativo a ridurre gli spazi. Più in generale occorre chiedersi se l'eleganza della relazione medico-paziente, come è descritta nel testo, sia realistica in rapporto alle condizioni dei malati e all'organizzazione del nostro sistema sanitario. *Leges sine moribus vanae*: una buona linea guida senza una buona prassi è irrilevante. Ed è noto che sulla buona prassi, dalla quale siamo abbastanza lontani, occorre lavorare molto. Infine una parola va al legislatore. Il documento si propone certamente come aiuto per un intervento sulle decisioni di fine vita. Anche qui sorge una domanda: il Parlamento saprà cogliere la complessità dei valori in gioco, trovando un equilibrio rispettoso delle persone deboli e lasciando da parte le derive libertarie in agguato? Auspichiamo che il documento apra un dibattito di qualità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

...
...
...
...
...



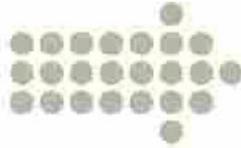
Quanti microbi sulle mani

Oggi giornata mondiale della pulizia Un gesto essenziale per la salute

Oggi è la Giornata mondiale per la pulizia delle mani: lavare e asciugare le mani in modo efficace è infatti essenziale per la salute, dato che l'80% delle malattie si trasmette per contatto e le mani sono tra i principali vettori di microrganismi nocivi. Per lavare bene le mani - consiglia una ricerca scientifica della Dyson Airblade (società di asciugatori), di cui qui accanto pubblichiamo i risultati - ci vogliono almeno 15 secondi: «È il tempo necessario per cantare *Tanti Auguri a Te* due volte. Il sapone va strofinato sul dorso, fra le dita e sotto le unghie, poi sciacquato con acqua calda». Lo dicevano già le nostre nonne, ma è bene ricordarsene.



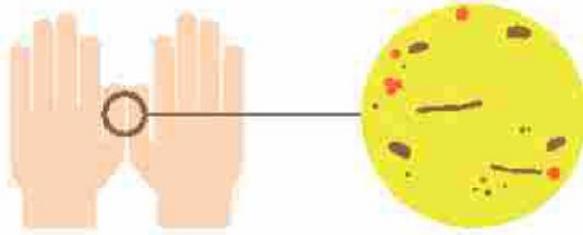
2 L'**85%** dei microrganismi si trasmette con le mani umide, mentre mani asciutte ne diffondono solo lo **0,06%**



8 La **scrivania** di un ufficio ospita in media **400 volte più batteri** della tavoletta di un wc



3 Le mani di una persona ospitano in media almeno **3.000 diverse tipologie** di batteri



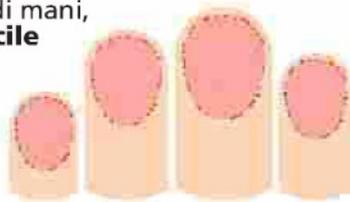
9 Su una **banconota** sono presenti in media **26.000 batteri vivi**



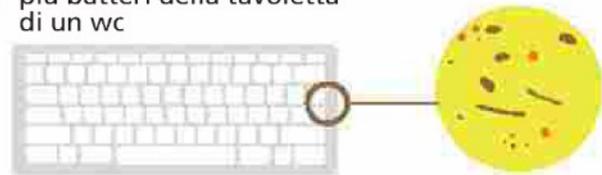
10 Gli smartphone possono trasportare oltre **30.000 unità batteriche** per tampone

centrom - LA STAMPA

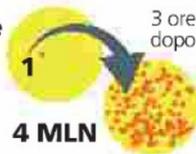
4 Quando si tratta di mani, la parte **più difficile da pulire** per eliminare i microrganismi sono le **unghie**



11 Una tastiera può contenere in media più batteri della tavoletta di un wc



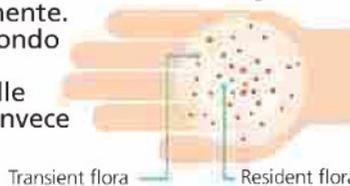
5 I batteri possono **sopravvivere** sulle mani fino a **tre ore**. Da un solo batterio possono **nascere più di quattro milioni in otto ore**



12 Da una ricerca condotta nel Regno Unito è emerso che la contaminazione con batteri fecali avviene nel **26%** dei casi tramite le mani **14%** dei casi tramite banconote **10%** dei casi tramite carte di credito



6 Esistono **due strati di batteri**: lo strato esterno riscontrabile sulle mani è chiamato «Transient Flora». Si tratta di uno strato facilmente eliminabile lavando e asciugando le mani accuratamente. Lo strato più profondo e resistente all'asciugatura delle mani è chiamato invece «Resident Flora»



13 Nel **Medioevo**, la pratica di lavarsi le mani è diventata sempre più popolare con lo scoppio della **Peste Nera**. Un valido aiuto consisteva nel lavarsi di frequente le mani con acqua calda, vino caldo e anche aceto



7 Una ricerca condotta negli USA ha dimostrato che, a differenza degli uomini, le **donne si lavano le mani molto più spesso** e a lungo e utilizzano più di frequente il **sapone**



14 Gli **Antichi Babilonesi** (3.000-700 AC) avevano già capito che la pulizia delle mani era essenziale per la **salute**



15 In India e in tutta l'Asia, le persone mangiano e si salutano con la sola **mano destra**, mentre utilizzano la sinistra per pulirsi o per espletare altre funzioni poco gradevoli



L'INCHIESTA

Tutti somari?/2 Il disastro degli studenti al test d'ingresso, metà insufficienti: colpa della scarsa preparazione scientifica

Con la scuola sbagliata non sarai mai medico

» STEFANO FELTRI

M

ario, nome di fantasia, è determinato a fare il medico, ha provato e riprovato a fare il test di ingresso alla facoltà di Medicina, dopo aver fallito è andato in Australia per fare qualche lavoretto. I soldi guadagnati li ha investiti in Florida, per studiare e prepararsi al test italiano. Che ha fallito di nuovo, dopo nove mesi di preparazione. E si è arreso. La storia la racconta, in una e-mail, il papà che denuncia: "Il test d'accesso è un esame vero su tre pesanti materie, mi chiedo come possa uno studente preparare, durante due mesi d'estate, dopo la maturità, tali materie". Queste materie sono: biologia, chimica e matematica e fisica, che nel test sono accorpate.

GUARDARE I PUNTEGGI in queste discipline offre una prima risposta alla domanda che ci siamo posti la scorsa settimana, sul *Fatto*: come è possibile che oltre la metà dei candidati al test di Medicina 2015 - 52%, 27.633 su 53.164 - non è riuscito a ottenere nemmeno i 20 punti su 90 che servono a entrare in graduatoria? Più della metà dei ragazzi e ragazze che si sono sottoposti allo stress di un test molto difficile non erano neppure considerati adatti a provarci. Capire le ragioni di questa disfatta significa indagare le competenze degli studenti italiani e capire se la scuola li mette in condizione di essere competitivi.

Lo sconsigliato papà che ci ha scritto sembra avere ragione, secondo le analisi di Alpha Test, la società specializzata nella preparazione ai test a nu-

mero chiuso. Guardiamo la performance degli studenti che hanno ottenuto meno di 20 punti. Nei quesiti di logica e ragionamento, il gruppo dei candidati peggiori ha ottenuto in media 8,06 punti su 30. Hanno fatto ancora peggio nelle materie specifiche: in biologia 1,73 punti su 27, in chimica 0,95 su 18, in matematica e fisica 0,19 su 12. Nelle domande di cultura generale, che valgono solo tre punti, in media hanno ottenuto 0,43. Disastro completo, se guardiamo di quanto si sono distaccati dalla media dei partecipanti (che include gli eccellenti come gli insufficienti): Logica 11,34, solo tre punti più dei peggiori, Cultura 0,53, poi il distacco cresce. Biologia 5,91, chimica 2,53, matematica e fisica 1,43.

"L'università non può pretendere che chi si iscrive a Medicina sappia come curare un paziente, ma è ragionevole che si aspetti una cultura scientifica di base. Quindi misura la preparazione offerta dalla scuola superiore", spiega Alberto Sironi, amministratore delegato di Alpha Test, una azienda che ha fondato con il fratello dopo un viaggio negli Stati Uniti. "Ho cominciato a dare lezioni private a 17 anni, mentre ero all'università sono nati i test a numero chiuso, la Bocconi fu la prima. In America, dove le selezioni hanno una tradizione più antica, ho capito che si potevano organizzare corsi invece che singole lezioni private", racconta Sironi. Se il sistema scolastico italiano funzionasse alla perfezione, oggi Sironi farebbe quello per cui ha studiato e sarebbe un fisico in qualche laboratorio. Invece organizza corsi, ha una casa editrice di libri per allenarsi ai test e copre ormai 30 città dove c'è il numero chiuso all'università.

LA SUA DIAGNOSI sul test: "Tranne i pochi fortunati che hanno trovato professori che alle superiori li hanno particolarmente motivati allo studio delle materie scientifiche, la preparazione in biologia e chimica è molto scarsa ed è facile trovare lacune in matematica e fisica". Soprattutto perché, anche al liceo scientifico, biologia e chimica non si studiano per cinque anni e di rado all'ultimo. Il liceo scientifico, comunque, è più utile del classico per fare i medici: secondo un'indagine Doxa commissionata da Alpha Test nel 2013, dopo la prima graduatoria nazionale, il 94 per cento di chi aveva superato il test veniva da un liceo, 68 per cento scientifico e 26 classico. Quelli che entravano al primo tentativo erano il 73 per cento, solo il 27 aveva già fatto uno o più tentativi.

Il metodo di selezione è contestato, soprattutto da chi rimane fuori. Però l'Agenzia nazionale di valutazione dell'università e della ricerca, in un rapporto del 2013, sosteneva invece funzionasse bene: "Gli studenti di area medicina hanno bassi tassi di abbandono, un'elevata quota di laureati regolari e un minor numero di studenti fuori corso" rispetto ai corsi ad accesso libero. Alpha Test suggerisce di seguire gli studenti durante gli anni di università per scoprire quale parte del test si rivela più "predittiva": risulta uno studente di Medicina migliore chi ha fatto punteggi più alti in logica o chi ha brillato in biologia e chimica? Conta più saper ragionare o aver studiato le cose giuste? I dati ci sono, basta che il ministero li analizzi.

Per il test 2015, Stefania Giannini, titolare dell'Istruzione, ha fatto ridurre un po' le domande di logica e ragionamento, privilegiando quelle di



contenuto. L'idea era che gli studenti non sono abituati a risolvere problemi ragionando perché la scuola non lo insegna, ma rimediare ai buchi nelle materie scientifiche è più facile. A vedere i risultati, invece che agevolare i candidati, ha reso la selezione più spietata.

Ma è davvero così semplice? Ci sono due obiezioni alla spiegazione offerta da Sironi e da Alpha Test. Primo: se un candidato è in grado di ragionare, in teoria, può fare malissimo nelle domande di chimica e fisica ma riuscire a entrare in graduatoria. Se le materie scientifiche diventano decisive è anche perché tutti ottengono punteggi bassi nelle domande di logica. Perfino i 9.402 promossi, in media, hanno fatto soltanto 17,002 punti su 30 (raggiungendo il 57 per cento del totale teorico). Quindi saper pensare meglio aiuterebbe.

La seconda obiezione è più radicale: se guardiamo la dove sono i bocciati, si scopre che a Catanzaro il 72,9 per cento dei candidati non ha raggiunto i 20 punti, a Sassari il 68,2, a Genova circa il 50 e a Pisa il 47,2. Che, in una graduatoria nazionale, è come dire che Catanzaro ha avuto 154 medici in meno di quanto ci si aspettasse visto il numero di candidati e il tasso di successo medio, mentre Pisa ne ha 42 in più. La questione, insomma, potrebbe essere non "cosa hai studiato alle superiori" ma "in quale parte d'Italia hai studiato".

Nelle prossime puntate cercheremo di capire quali sono i problemi e come affrontarli.

2. continua

s.feltri@ilfattoquotidiano.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Risultati, per materia, dei candidati che hanno raggiunto meno di 20 punti

MATERIA	MEDIA PUNTEGGIO RAGGIUNTA	PUNTEGGIO MASSIMO TEORICO	PUNTEGGIO EFFETTUATO SUL TOTALE TEORICO
Logica	8.06	30	27%
Cultura	0.43	3	14%
Biologia	1.73	27	6%
Chimica	0.95	18	5%
Matematica + Fisica	0.19	12	2%



Risultati, per materia, dei candidati in graduatoria unica (PRIMI 9402 POSTI)

MATERIA	MEDIA PUNTEGGIO RAGGIUNTA	PUNTEGGIO MASSIMO TEORICO	PUNTEGGIO EFFETTUATO SUL TOTALE TEORICO
Logica	17.02	30	57%
Cultura	0.68	3	23%
Biologia	11.78	27	44%
Chimica	6.00	18	33%
Matematica + Fisica	4.25	12	35%

Elaborazione Alpha Test su dati MIUR



Insufficienti a Catanzaro
I risultati peggiori del test si sono registrati nelle sedi del Sud. Segnale che la preparazione delle superiori è inferiore



punti in
Logica su 30 totali disponibili. Questa la media tra gli studenti ammessi. In generale la media è 11,34, ma solo 8,06 tra i bocciati



Cos'è andato storto

Spiegare perché il 52 per cento dei ragazzi che ha provato a fare il test di Medicina non è riuscito a fare neppure il punteggio minimo significa indagare la qualità del sistema educativo italiano. In una serie di articoli cercheremo di capire quali competenze acquisiscono gli studenti e se sono sufficienti. Se avete storie o commenti, scrivete a s.feltri@ilfattoquotidiano.it

L'inchiesta

Lo sport tradito
dal "cuore matto"
Mille atleti morti

SCACCHI A PAGINA 27

Lo SPORT tradito dal "cuore matto"

L'inchiesta

Negli ultimi 10 anni mille persone sono morte per arresto cardiaco durante l'attività sportiva

La ricetta del dottor Castelli: «Defibrillatore in ogni impianto, non snaturare la legge Balduzzi»

STEFANO SCACCHI

Il ritorno in campo di Biabiany con la maglia dell'Inter dopo un anno di stop causato da un problema cardiaco scoperto al momento del passaggio, poi saltato, dal Parma a Milan a fine agosto 2014. L'operazione di Lichtsteiner per un'aritmia scoperta a causa di un malore accusato nell'intervallo della partita tra Juventus e Frosinone. Questi due eventi hanno riportato d'attualità il delicato rapporto tra sport e salute. Nel recente passato era stato il caso del «forame ovale pervio» di Cassano a mettere al centro della scena i rischi che anche gli atleti di alto livello corrono nel corso della loro attività. Nella sfortuna di questi eventi, che compromettono per alcuni mesi la carriera agonistica, questi calciatori hanno avuto la buona sorte di poter essere seguiti quotidianamente da specialisti preparatissimi con un monitoraggio costante tra esami e controlli. Una situazione che purtroppo non si verifica tra i loro colleghi delle categorie dilettantistiche. «Non ho conoscenza diretta dei casi di Biabiany e Lichtsteiner - spiega il dottor Vincenzo Ca-

stelli, che segue da anni il problema delle morti nel mondo dello sport e ha dato vita a una Fondazione dopo la tragica fine del figlio Giorgio colpito da arresto cardiaco sul campo da calcio ad appena 17 anni - ma per quello che leggo mi sembra di capire che si tratta di situazioni di aritmia cardiaca insorte per la prima volta nel corso della carriera. È perfettamente possibile che accada anche dopo anni da calciatore ad alto livello. L'aritmia può manifestarsi per svariati motivi».

Nel caso dei due calciatori di Serie A è stato possibile accorgersene subito. «Purtroppo non succede la stessa cosa tra i dilettanti delle serie minori, non solo nel calcio ma anche nel basket. Magari l'aritmia si manifesta, ma non c'è un medico nello spogliatoio che la diagnostica come successo con Biabiany e Lichtsteiner. Così passa e lo sportivo non ci pensa più. Una sottovalutazione che può essere letale. In dieci anni siamo arrivati a circa 1.000 persone morte durante l'attività sportiva. E i miei calcoli tengono conto solo delle notizie che trovo sulla stampa o su internet. Quindi potrebbero essere di più. Per questo motivo ogni impianto sportivo dovrebbe avere a disposizione un defibrillatore con il personale capace di farlo funzionare. È l'unico modo di salvare vite». A questo proposito il dottor Castelli lancia un appello: «Non bisogna snaturare la legge Balduzzi». Il riferimento è alla normativa, approvata nel 2012, che obbli-



ga tutte le società sportive, comprese quelle dilettantistiche, a dotarsi di un defibrillatore e far seguire i corsi necessari (chiamati Bls-D nel linguaggio tecnico) ad accompagnatori, dirigenti o allenatori presenti sul campo per le partite e gli allenamenti. L'entrata in vigore ha subito una proroga per quanto riguarda proprio le società dilettantistiche che hanno ottenuto 30 mesi di tempo in più. Ora il termine ultimo è fissato a fine gennaio 2016. «Già questa dilazione non è stata una buona notizia – commenta il dottor Castelli – perché ogni giorno in più rappresenta una diminuzione delle possibilità di salvare vite umane. Senza l'attrezzatura necessaria, le percentuali di salvataggio scendono al 3%. Ma la cosa più grave è che sento parlare di altre possibili proroghe. Spero proprio che non sia così. Oppure ho sentito dire che potrebbe esserci un obbligo relativo solo alle partite, ma non agli allenamenti. Sarebbe molto grave perché è durante la settimana che si verifica la maggioranza dei casi».

Un'altra possibile innovazione in questo campo rimanda alla drammatica fine di Piermario Morosini, stroncato da un caso di morte cardiaca improvvisa sul campo di Pescara il 14 aprile 2012, una delle sce-

ne più strazianti mai viste su un campo da calcio. «La medicina può tanto ma non può tutto. Il problema di Morosini è sfuggito alle maglie dei controlli. Per questo motivo sarebbe decisivo che, dopo ogni caso di morte cardiaca improvvisa, diventasse obbligatoria l'autopsia e si creasse un registro. In questo modo la ricerca potrebbe fare passi avanti e la prevenzione, anche all'interno dei nuclei famigliari, diventerebbe più solida. In Italia solo la Regione Veneto tiene un elenco».

Più complicato invece ricorrere allo screening genetico che pure sta prendendo piede in ambito sportivo a livello internazionale. Ma i costi sono alti: solo i professionisti potrebbero permetterselo (nemmeno tutti, forse solo i grandi club). Impossibile invece sostenere spese simili tra i dilettanti dove, in alcune realtà, si fatica a digerire l'investimento per un defibrillatore. Senza dimenticare il mondo dello sport amatoriale dove i controlli sono lasciati spesso all'iniziativa del singolo senza nessun obbligo: «Una delle situazioni più a rischio è la classica partita di calcetto tra amici alla quale partecipano persone in là con gli anni poco allenate. Oppure le gran fondo di ciclismo. In questi casi, soprattutto oltre i 50 anni, è importante effettuare esami di controllo per essere sicuri. Noi con la nostra Fondazione offriamo corsi gratuiti di formazione per l'uso dei defibrillatori e le manovre di pronto intervento. Ma è una goccia del mare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA FONDAZIONE

GIÀ DONATE 362 APPARECCHIATURE

La Fondazione Giorgio Castelli è stata fondata dal dottor Vincenzo Castelli per ricordare il figlio, tragicamente scomparso il 24 febbraio 2006 sul campo di calcio a causa di un arresto cardiaco mentre si stava allenando con la sua formazione iscritta a un campionato delle categorie dilettantistiche. A tentare di soccorrerlo, invano, il gemello Alessio e il fratello maggiore Valerio, suoi compagni di squadra. Giorgio, soprannominato "Il gladiatore" per la generosità del suo modo di giocare, aveva appena 17 anni. Da quel momento la Fondazione, che porta il suo nome, fa di tutto per evitare che si ripetano altre morti simili sui campi o nelle palestre. Due le attività principali: donare più defibrillatori possibili a scuole e società sportive (il numero è arrivato a 362) e tenere corsi di formazione per insegnare a usare questi macchinari salvavita a chi opera nel mondo dello sport dilettantistico.

A Bari intervento al cuore senza aprire il torace

● **BARI.** Salvare il cuore con una piccola incisione e senza mai fermarlo: per la prima volta nel Centro-Sud è stato eseguito un intervento mini invasivo con tecnica Neochord. Una metodologia importata dagli Stati Uniti e applicata dall'equipe di cardiocirurgia guidata dal dottor Giuseppe Speziale di Anthea Hospital.

L'operazione consiste nel rimettere in funzione la valvola cardiaca mitrale, una patologia molto diffusa che provoca affaticamento e battito cardiaco irregolare, con una tecnica che comporta meno rischi post operatori, tempi di ripresa più rapidi e dolore più limitato. «Abbiamo operato un paziente di 86 anni arrivato a Bari da Roma perché rifiutato da altre strutture - spiega il dottor Speziale - per via di un quadro clinico molto complesso. L'intervento classico sarebbe stato molto rischioso, per questo ne è stato eseguito uno in cui non è necessario aprire il torace». A differenza delle operazioni tradizionali, il chirurgo non interviene sullo sterno per raggiungere il cuore, ma applica solo un taglio nel torace di 6 centimetri, evitando anche il trauma della circolazione extracorporea, così da ridurre al minimo eventuali complicanze neurologiche. L'intervento dura al massimo 4 ore e si svolge sotto guida di ecocardiogramma.





PRECOMPILATA

Spese sanitarie a rischio nel 730

Francesca Milano e Giovanni Parente ▶ pagina 43

Dichiarazioni 2016. Preoccupano la duplicazione di adempimenti e le sanzioni fino a 50mila euro che però scatteranno dal 2017

Spese sanitarie a rischio nel 730

L'Andi impugnerà il Dm attuativo - Niente dati sugli iscritti dagli Ordini dei medici

Francesca Milano
Giovanni Parente

■ **Spese sanitarie** sempre più a rischio nel prossimo **730 precompilato**. La linea dura assunta dai medici per gli adempimenti a loro carico (ritenuti troppo pesanti dalla categoria) potrebbe portare a bloccare o almeno a rallentare la trasmissione. Anche perché l'Andi (associazione dentisti italiani) è sempre più orientata a impugnare al Tar il decreto ministeriale sull'invio delle spese (si veda Il Sole 24 Ore di ieri).

Ma andiamo con ordine. Sono due i profili ritenuti fortemente critici dalla categoria. In primo luogo, si fa notare che la trasmissione dei dati non è un automatismo a costo zero: le informazioni, infatti, arriveranno alle Entrate attraverso un adempimento che grava su medici e dentisti, chiamati a trasmettere i dati sulle fatture al Sistema tessera sanitaria. «Si tratta - spiega Giuseppe Renzo, presidente della commissione albo odontoiatri della Federazione nazionale (Fnomceo) - di una duplicazione delle informazioni che già trasmettiamo con lo **spesometro**».

In secondo luogo, a preoccupare non è solo l'adempimento in sé, ma anche le sanzioni previste in caso di «omessa, tardiva o errata trasmissione» che ammonteranno a 100 euro per ogni mancato o erroneo invio e possono arrivare fino a 50mila euro. In realtà su questo punto va fatta una precisazione perché la nuova sanzione è contenuta nell'articolo 23 del Dlgs 158/2015 attuativo della

delega fiscale ma tutta la **riforma relativa alle sanzioni amministrative** entrerà in vigore soltanto dal 2017. Quindi potrebbe esserci un anno di «scopertura» rispetto a eventuali omissioni o errori sui dati sanitari.

Comunque, se la comunicazione delle fatture riguarderà tutti i medici, c'è un altro adempimento «imposto» alla Federazione ed è quello relativo all'invio dei dati dei singoli professionisti, necessario per l'accreditamento al sistema. «Entro il 22 ottobre - spiega infatti Renzo - la Fnomceo dovrebbe trasmettere al fisco i dati sugli iscritti. Ma, visto che gli Albi sono pubblici e che il ministero li può consultare direttamente online, la Federazione ha deciso di non fornire queste informazioni». Anche gli Ordini provinciali avrebbero un compito da svolgere: sono infatti chiamati a rilasciare ai professionisti le credenziali di accesso al sistema tessera sanitaria. «Gli Ordini non svolgeranno alcun ruolo nel rilascio dei codici del sistema - sottolinea Renzo per chiarire la posizione della Fnomceo - e diciamo basta a provvedimenti imposti "a fatto compiuto", senza la consultazione della Federazione».

Il «peso» degli adempimenti legati al 730 precompilato non convince neanche l'Andi, l'associazione nazionale dentisti italiani: «La maggior parte dei nostri iscritti - spiega il presidente Gianfranco Prada - non ha le strutture informatiche necessarie per trasmettere i dati al sistema tessera sanitaria: investiamo su apparec-

chiature mediche, non su computer. Se lo Stato pretende che i dentisti si occupino di questi adempimenti burocratici dovrebbe almeno prevedere incentivi fiscali per l'acquisto dei pc». Sanzioni e aggravio di adempimenti e costi per gli studi hanno spinto l'Andi a decidere di **impugnare il decreto ministeriale sulla trasmissione dei dati al Tar Lazio**.

A questo si aggiunge poi un altro fronte, che riguarda la successiva fruizione delle informazioni una volta arrivate. I Caf si dicono preoccupati perché potrebbero trovarsi a gestire situazioni in cui le spese precaricate (di cui per motivi di *privacy* sarà visibile solo il totale) non coincidono con la somma delle ricevute o degli scontrini che i contribuenti porteranno. «L'unica soluzione immaginabile - sottolinea Pietro Cerrito, presidente del Caf Cisl - è che i Caf possano vedere i dati scomposti. D'altronde la stessa riservatezza che siamo chiamati ad assicurare sui dati economici possiamo garantirla sui dati sanitari». Se ne parlerà nei prossimi giorni nell'incontro che Entrate e Caf hanno in agenda proprio per risolvere questo e gli altri problemi operativi aperti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



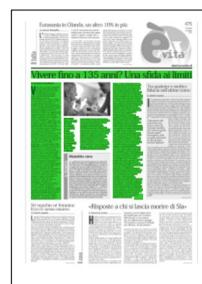
Vivere fino a 135 anni? Una sfida ai limiti

Uno studio rivela: già nato chi vivrà così a lungo. La medicina protrae l'esistenza, ma ha senso all'infinito? I commenti di Blangiardo, Bernabei, Pozzi, Dolce e Pegoraro

di Giovanna Sciacchitano

Vivere fino a 135 anni. Spostare le lancette dell'orologio biologico ben oltre il secolo di vita. Una possibilità per i nuovi nati, secondo Rudi Westendorp, medico, docente all'Università di Copenaghen di medicina dell'invecchiamento e autore del libro *Come invecchiare senza diventare vecchi. La scienza della longevità felice*. «È sbagliato pensare di poter prendere le storie di vita dei nostri genitori e nonni come un modello per il modo in cui si dovrebbero svolgere le nostre» ha dichiarato al *Sunday Times*, aggiungendo che la prima persona che soffierà su 135 candeline è già nata. «In cent'anni abbiamo superato l'ordine biologico e sociale - ha sottolineato - e ora dovremmo rivederlo e aggiornarlo». La prospettiva, e non è la prima volta che se ne parla, è allettante, ma per molti aspetti spaventa. Siamo proprio sicuri che ci faccia bene cercare con tutti i mezzi di alzare l'asticella, e soprattutto a cosa porterà questo desiderio di prolungare la vita indefinitamente? Se la donna più longeva di cui si sia avuta notizia certa è vissuta in Francia fino a 122 anni, è anche vero che si tratta di un caso rarissimo. «Parlare oggi di una speranza di vita di 135 anni è fantascienza - commenta **Gian Carlo Blangiardo**, demografo dell'Università Milano-Bicocca -. La speranza di vita per le donne è di 85 anni e per gli uomini di 80. Se è vero che tutto può cambiare e che ai tempi degli antichi romani si moriva a 30 anni, è anche vero che le statistiche non cambiano nell'arco di un ventennio. Ci vorrebbero secoli. Arrivare a una vita media di 90-95 anni è possibile, ma prospettive come quella dei 135 anni fanno pensare a una sorta di "ricambio" degli organi che si logorano. Non credo sia

realistico». Il desiderio di immortalità è una spinta che l'uomo ha nella sua stessa natura: «Il problema è che quando ci si illude di essere immortali ci si ripiega su se stessi, senza pensare di continuare attraverso le nuove generazioni e i figli. Non facciamo quello che il ciclo della vita richiederebbe». Il pericolo sarebbe di non voler "passare il testimone", di cedere a una forma di egoismo. E se l'uomo fosse impreparato a tagliare traguardi così avanzati? È l'ipotesi dello psicanalista **Giuseppe Pozzi**, direttore clinico di Artelier. «Si vive quando nell'individuo è presente il "battito desiderante", cioè l'anelito vitale di un'anima che ha fatto un atto di responsabilità, che ha scelto di essere, che ha accettato l'angoscia esistenziale, e non ha paura della morte». Il clinico sottolinea come il desiderio di prolungare all'infinito la durata dell'esistenza nasconda l'illusione di poter vincere la morte: «Se invece questo allungamento diventasse uno strumento ulteriore per imparare a "essere", come soggetti che vogliono affrontare un percorso di pacificazione, ben venga. Non condanniamo la ricerca. Ma parliamo dell'essere, non dell'aver». Il limite comunque c'è, ci piaccia o no. «Non è realistico parlare di una vita che arriva a 135 anni - conviene **Roberto Bernabei**, direttore del dipartimento di Geriatria del Policlinico Gemelli di Roma -. Anche se l'aspettativa di vita continua ad aumentare l'incremento è di tre mesi all'anno. In Italia, uno dei Paesi-record per la durata della vita, ci sono 15mila centenari e dubito che coloro che hanno 110 anni siano più di due o tre. Se il dato dei 135 anni fosse corretto, già oggi dovremmo avere per lo meno un centinaio di supercentenari...». È evidente che la scienza e la medicina devono lavorare perché gli ottantenni di oggi e quelli più anziani del futuro siano il più possibile privi delle conseguenze negative dell'invecchiamento, cioè disabilità e polipatologie, continua il geriatra, «anche se c'è un quid che non conosciamo che si aggiunge alle conquiste della medicina». L'intera questione è una grande incognita: è l'opinione di **Giuliano Dolce**, direttore scientifico dell'Istituto Sant'Anna di Crotona: «È un'ipotesi sconvolgente ma non impossibile. Se i progressi della medicina possono aiutarci, anche nel campo delle malattie neurovegetative, bisogna considerare che non sappiamo però come sarà la qualità dei tessuti e la loro resistenza». I periodici annunci sull'allungamento della vita devono essere accolti sempre con molta prudenza, e non solo dal punto di vista scientifico. C'è infatti la



possibilità di scivolare in una sorta di determinismo, come se l'uomo potesse controllare tutta la sua esistenza. Lo suggerisce don **Renzo Pegoraro**, cancelliere della Pontificia Accademia per la vita: «Il fatto che la durata della vita si allunghi è certamente positivo, ma richiede impegno e responsabilità da parte di tutta la società. Una riflessione a 360 gradi: come garantire, infatti, un accompagnamento e un sostegno adeguati alle persone anziane e alle loro famiglie che devono affrontare vari bisogni legati alla longevità se tutto si sposta così avanti? Quale impatto, anche economico, nel rapporto tra generazioni?». A livello psicologico e spirituale potrebbe esserci la tentazione di perdere il senso del tempo e di non volersi confrontare con la propria mortalità: «Entrare in questa prospettiva può anche portare l'individuo a rinviare scelte e decisioni, ritenendo che non ci siano scadenze – nota Pegoraro –. Il rischio è di dilatare l'adolescenza e le altre fasi della vita, senza un limite che aiuti a raggiungere obiettivi specifici». Dunque si tratta di una problematica non solo medica, ma anche culturale, sociale ed economica che interpella tutti. Con i continui progressi della tecno-medicina, il dibattito è solo agli inizi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mercoledì 14 OTTOBRE 2015

Vaccini. Nel 2014 per la prima volta nessuno di quelli obbligatori raggiunge il 95%. Studio di SItI e Ministero Salute

La ricerca presentata durante il Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica in corso a Milano. In 11 Regioni la copertura è calata di più del 5%. E copertura per morbillo-parotite-rosolia (target 95% per prima e seconda dose) è scesa nel 2014 all'86,6%, con un calo del 3,7% rispetto al 2012. [L'ABSTRACT DELLO STUDIO](#)

Le società scientifiche esprimono preoccupazione per la riduzione delle coperture vaccinali registrata negli ultimi due anni in Italia. Per la prima volta nel 2014 nessuna delle vaccinazioni, obbligatorie, contro polio, tetano, difterite ed epatite B raggiunge il 95%, obiettivo di copertura del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2012-2014). In occasione Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), in corso a Milano, vengono presentati i risultati di uno **studio congiunto tra il Ministero della Salute e la SItI**.

A più di tre anni dall'approvazione dell'attuale piano e nell'imminenza, auspicata, dell'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del nuovo Piano, obiettivo della ricerca è stato quello di riassumere i contenuti del PNPV 2012-2014, descriverne le declinazioni regionali e presentare i più aggiornati dati di copertura (2000-2014), evidenziando gli obiettivi raggiunti e le criticità riscontrate.

Più di due terzi delle Regioni italiane non raggiungono il target di copertura del 95% per le vaccinazioni pediatriche. La copertura per morbillo-parotite-rosolia (target 95% per prima e seconda dose) è drammaticamente scesa nel 2014 all'86,6%, con un calo del 3,7% rispetto al 2012. In 11 Regioni la copertura è calata di più del 5%, mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità ci chiede di fare di più per eliminare morbillo e rosolia congenita, per le quali esiste ormai da anni un obiettivo di eliminazione da tutta la Regione Europea. I tassi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti anziani, complice il 'caso Fluad', è calata addirittura del 12% nell'ultima stagione.

“Il quadro è preoccupante – sottolinea lo studio - e ha fatto scattare un campanello di allarme per le istituzioni nazionali e regionali impegnate nella pianificazione delle nuove strategie vaccinali. C'è bisogno di un rinnovato impegno per non dover assistere tra pochi anni a una inaspettata recrudescenza di malattie ormai ritenute storia del passato, ma di cui osserviamo già casi sporadici (pertosse, Hib, difterite, morbillo)”.

Lo studio, a firma del Direttore Generale della Prevenzione del Ministero della Salute **Raniero Guerra**, del Presidente della SItI **Carlo Signorelli** e del coordinatore del Gruppo vaccini della SItI **Paolo Bonanni**, tra gli altri, testimonia l'impegno della SItI come società scientifica. I dati contenuti nello studio confermano come gli obiettivi del PNPV 2012-2014 siano stati raggiunti solo parzialmente a causa di diversi fattori, in particolare l'incremento dell'esitazione sui vaccini. Maggiori sforzi sono quindi necessari per promuovere l'immunizzazione.

“Il nuovo PNPV – si suggerisce - dovrà considerare i nuovi vaccini e l'estensione dell'offerta di quelli esistenti che già sono stati introdotti in alcune Regioni alla luce delle nuove evidenze scientifiche disponibili. Inoltre, auspica la SItI, dovranno essere realizzati interventi di informazione e comunicazione

di provata efficacia per fronteggiare il fenomeno della esitazione sui vaccini e garantire il raggiungimento degli standard di copertura”.

Regioni

Reintrodurre l'obbligo del vaccino per i bambini nelle scuole?



Vaccini. Il piano sarà discusso il 20 ottobre dai governatori

ROMA

Reintrodurre l'obbligo di vaccinazione per i bambini che frequentano le Scuole dell'obbligo: ne hanno discusso ieri gli assessori regionali alla Sanità, riuniti a Roma e contemporaneamente il deputato Filippo Crimi (Pd), ha presentato una proposta di legge che va nella stessa direzione.

E dunque l'ipotesi è che il nuovo «Piano nazionale di prevenzione vaccinale», che si sta scrivendo in questi giorni, e che costerà 200 milioni in più rispetto al passato, proprio per la introduzione di nuove vaccinazioni, introduca anche la previsione di non ammettere nelle scuole i bambini che non siano in regola con il libretto di vaccinazioni. «Bisogna porsi il tema ma le Regioni non vietano nulla a nessuno», ha detto il coordinatore degli assessori regionali, Sergio Venturi.

«Non vietiamo l'accesso alla scuola pubblica ma ci poniamo il tema che la frequenza della scuola sia coerente alle vaccinazioni obbligatorie», ha Venturi. Il piano vaccinale andrà il 20 ottobre all'attenzione dei governatori nel corso della Conferenza delle Regioni e, successivamente, all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Che all'accesso nella scuola sia presentato il libretto vaccinale è già previsto nel piano vaccinale attuale del ministero della Salute. Finora però anche se non si erano fatti i vaccini obbligatori, i bambini venivano ugualmente iscritti a scuola. *

