



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Bollini rosa dal ministero a Policlinico, Pascale e Cardarelli

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, per il terzo biennio consecutivo, ha ricevuto tre Bollini Rosa. Lo stesso dicasi per l'Istituto Pascale. Con due Bollini Rosa è stato invece insignito l'ospedale Cardarelli. I riconoscimenti assegnati da Onda (l'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna), avranno validità da gennaio 2018 a dicembre 2019 e sono attribuiti agli ospedali che mostrano più attenzione alla salute femminile e che si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie delle donne. La

premiazione è avvenuta a Roma nella sede del Ministero della Salute. «In questi anni - ha commentato Vincenzo Viggiani, dg dell'Azienda Ospedaliera Universitaria -, abbiamo sempre guardato con la massima attenzione ai percorsi e all'offerta assistenziale declinata al femminile. Siamo orgogliosi e soddisfatti e continueremo nel nostro impegno». «Il 2017 è stato un anno importante per la ricerca oncologica che ha visto il Pascale in prima linea a livello internazionale - ha detto il manager del Pascale, Attilio Bianchi - con il via del primo vaccino terapeutico contro il tumore al seno e innovative terapie per il cancro all'ovaio coordinate proprio dal nostro Istituto. Il premio è uno stimolo ulteriore a sempre meglio individuare opzioni organizzative dedicate alla donna». Sul sito www.bollinirosa.it, dall'8 gennaio 2018 sarà possibile consultare le schede degli ospedali premiati, suddivise per regione, con l'elenco dei servizi valutati. Sono diverse le novità anche di questa edizione del bando «bollini rosa»: sono state introdotte ad esempio due nuove specialità, la geriatria e la pediatria.

Il paziente terminale in terapia intensiva Chi decide che cosa fare

La differenza tra sedazione palliativa e suicidio assistito

Domande & risposte

1 Come si muore oggi in Italia? Come viene gestito un paziente terminale in terapia intensiva?

«Nel nostro Paese c'è un atteggiamento molto cauto nella sospensione dei supporti vitali in rianimazione — risponde Alberto Giannini, direttore della terapia intensiva pediatrica della clinica De Marchi di Milano —. Secondo uno studio la decisione di limitare i trattamenti viene presa nel 60% delle morti, ma in concreto nella metà di questi casi si tratta solo della rinuncia a praticare la rianimazione cardiopolmonare. La vera e propria sospensione dei supporti avviene nel 17% dei casi e il loro mancato avvio in un altro 17%, mentre in Europa, in media, il 73% delle morti in terapia intensiva è preceduto da una scelta in uno dei due sensi».

2 Che cosa si intende per supporti vitali?

«In terapia intensiva ventilazione e somministrazione di farmaci vasoattivi per la circolazione, quindi sostegno a cuore, polmoni e reni. Il problema dell'idratazione e dell'alimentazione non riguarda in genere queste situazioni».

3 Si cerca di ricostruire la volontà del malato? Viene coinvolta la famiglia?

«Uno studio pubblicato su Jama ("Journal of American Medical Association") mostra che questa tendenza cala progressivamente scendendo dal Nord al Sud del continente. E noi siamo a Sud».

4 Si può dire che c'è troppa «aggressività» terapeuti-

ca nei confronti dei malati terminali in terapia intensiva?

«Negli ultimi 20 anni è stato fatto un grosso lavoro che ha migliorato la situazione — sottolinea Martin Langher, già direttore del dipartimento di terapia intensiva dell'Istituto dei Tumori di Milano —. Abbiamo imparato a essere meno inutilmente aggressivi. Credo che si possa dire che oggi si muola meglio e, in generale, si praticano di più le terapie palliative».

5 Si parla spesso di sedazione palliativa, ma cosa significa esattamente?

«La sedazione vuole togliere la sofferenza e utilizza farmaci diversi da quelli dell'eutanasia o del suicidio assistito. È diversa è anche la tempistica. In media il paziente sedato vive più a lungo, intorno ai tre giorni, mentre nel suicidio e nell'eutanasia la morte è immediata» spiega Giada Lonati, direttore scientifico di Vidas.

6 È sufficientemente diffusa in Italia la pratica delle cure palliative?

«Molto di più rispetto a 10 o 20 anni fa — risponde Luca Moroni, presidente della Federazione Italiana Cure Palliative — ma nel nostro Paese si muore ancora troppo in ospedale. Nei casi acuti è comprensibile, ma bisognerebbe aumentare la possibilità di vivere gli ultimi tempi della vita in un ambiente più consono. I passi avanti ci sono stati: oggi gli hospice in Italia sono circa 270 contro i 5 del 1999. Ma c'è ancora troppa poca possibilità di assistenza domiciliare. Inoltre, continuano a essere assistiti con cure palliative prevalentemente i malati oncologici, mentre il 60% di quelli che

ne avrebbero bisogno non lo sono. E anche fra gli oncologici solo il 30% le riceve».

7 Ci sono differenze fra le regioni italiane?

«Per le cure palliative ci sono e sono molto forti — continua Moroni —. Se regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Sicilia si sono mosse, altre sono in ritardo. È giusto ragionare sulle opportunità di scelta relativamente al fine vita, ma queste opportunità devono prevedere l'opzione delle cure palliative, su tutto il territorio nazionale».

8 Qual è la mancanza più grave relativamente al «morire bene» nel nostro Paese?

«La poca informazione e la poca consapevolezza della possibilità di scegliere — conferma Giada Lonati —. Siamo poco educati a pensare al limite. Così quando ce lo troviamo di fronte siamo impreparati. Si tende a pensare che alla fine della vita tutti chiedano eutanasia o suicidio assistito, in realtà quello che la maggior parte delle persone chiede è di essere accompagnato, che ci sia qualcuno che letteralmente, "cammini con lui", non lo lasci solo nel suo percorso e si faccia carico delle sue sofferenze fisiche ed esistenziali. In questi casi la sedazione diventa una possibilità per lenirle».

Luigi Ripamonti
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le leggi

● In Olanda eutanasia e suicidio assistito sono legalizzati dal 2001

● Dal 2002 l'eutanasia è legalizzata anche in Belgio: qui dal 2014 vale anche per i minorenni

● In Svizzera sono legali, anche per gli stranieri, sia il suicidio assistito che l'eutanasia attiva indiretta e passiva. Ma il suicidio assistito è vietato per motivi di lucro o «egoistici»

● In Colombia, Lussemburgo, e negli Stati dell'Oregon, Washington, Montana e California, il suicidio assistito è permesso a certe condizioni

L'ESCALATION**Furti negli ospedali
Scattano i controlli
in borghese**

NAPOLI (giule) - La polizia ha avviato dei controlli mirati dopo l'escalation di furti negli ospedali cittadini. Le forze dell'ordine hanno avviato dei servizi mirati in borghese e sono stati intensificati i pattugliamenti nelle zone considerate a rischio. L'altro ieri ci sono stati due raid in una sola notte. I ladri hanno saccheggiato la farmacia dell'ospedale San Giovanni Bosco. Rubate decine di confezioni di farmaci antitumorali.

Un colpo da 50mila euro, spiegano le forze dell'ordine. La mattina i poliziotti dell'ufficio prevenzione generale hanno effettuato un sopralluogo e hanno ricostruito il percorso fatto dai ladri. Gli investigatori sospettano un raid mirato, studiato nei minimi dettagli. Sono stati esaminati i filmati registrati dalle telecamere a circuito chiuso. Non ci sono testimoni e le indagini sono concentrate sui rilievi della polizia scientifica. Le forze dell'ordine sono alla ricerca delle tracce dei malvi-

venti: impronte sulle maniglie delle porte e sugli scatoloni dei medicinali nel deposito. *"Quella zona non è coperta dalle telecamere. C'è comunque un sistema di sicurezza"* - ha spiegato **Luigi Paganelli** della Cgil dell'ospedale - *non è il primo furto nella farmacia. Abbiamo già segnalato alla direzione che non è regolato l'accesso al nosocomio, le guardie giurate non riescono a controllare i varchi*". Nella stessa notte un altro assalto in un ospedale cittadino: un raid al San Gennaro dei Poveri al rione Sanità. Qui hanno forzato alcuni armadietti e rubato delle suppellettili. Quasi un raid vandalico. Gli accertamenti sono stati effettuati dalla polizia.

© RIPRODUZIONE
RISERVATA



**Il S. Giovanni
Bosco e Luigi
Paganelli**

La rimozione era stata decisa dopo la morte del 23enne di Torre del Greco Antonio Scafuri Asl Napoli 1, il Tribunale: Lanzetta torna direttore

NAPOLI (ila.rag.) - Un rientro che durerà poco. Il Tribunale del Lavoro di Napoli ha accolto la richiesta di reintegro dell'ex direttore sanitario dell'Asl Napoli 1 **Rosario Lanzetta**, rimosso dall'incarico dopo la tragica morte del giovane **Antonio Scafuri**, deceduto dopo 4 ore di attesa per un esame. Il provvedimento era stato stabilito dall'Asl per accertarne le responsabilità amministrative per il dramma avvenuto all'ospedale Loreto Mare la scorsa estate. Lanzetta non si è arreso di fronte a questa decisione e pochi giorni fa ha ottenuto il reintegro. Ma questo 'ritorno' durerà poco, poiché il 31 di questo mese scadrà il suo mandato. Le ragioni che hanno portato il tribunale a questa scelta risiedono nelle modalità di revoca dell'incarico. Questa sarebbe dovuta scaturire dall'esito negativo della valutazione del collegio tecnico che si occupa di esaminare periodicamente i dirigenti.

Lanzetta in quelle occasioni aveva sempre ottenuto il parere positivo. Sulle ragioni che avevano portato alla rimozione il Tribunale non si pronuncia: *"Nella presente sede si controverte unicamente delle modalità con cui l'incarico è stato revocato, posto che la violazione delle procedure legali e convenzionali determina per ciò solo l'inadempimento contrattuale dell'Azienda datrice di lavoro e quindi l'illegittimità del provvedimento di revoca, mentre esula dalla presente sede giudiziale ogni verifica delle ragioni che giustificerebbero, nel caso di specie, la cessazione ante tempus dell'incarico, con specifico collegamento causativo agli eventi che sono menzionati nella disposizione di servizio"*, si legge nella sentenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



● L'inizio della vicenda risale alla scorsa estate quando il 23enne morì nel reparto di pronto soccorso del Loreto Mare dopo aver aspettato per quattro ore un esame. Dopo l'accaduto Lanzetta fu rimosso dall'incarico.



Ictus, 1 su 2 si può prevenire

Oggi si conosce molto dei fattori di rischio dell'ictus. Ne parliamo con la dottoressa Simona Giampaoli dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). «La ricerca epidemiologica ha dimostrato che più del 50% degli eventi può essere prevenuto e, date le dimensioni epidemiologiche di questa patologia, l'impatto socio-economico e le sue conseguenze in termini di mortalità, disabilità e disturbi della capacità cognitiva, diventa fondamentale implementare azioni di prevenzione».

Gli ultimi dati di mortalità disponibili dal Rapporto Istisan 2014 riportano per gli uomini di tutte le età 22.488 decessi, con tasso standardizzato di 76,82 per 100.000 persone. Per le donne i decessi sono 34.520, con tasso standardizzato 63,44 per 100.000. Il tasso standardizzato permette di confrontare la mortalità tra uomini e donne, ipotizzando la stessa distribuzione per età. Per questo, sebbene in numeri assoluti la malattia produca più decessi nelle donne, perché più numerose in età avanzata, a parità di età gli uomini risultano più colpiti.

L'Italia è un Paese ad alto rischio? «Certo - risponde Giampaoli - sia per la sopravvivenza più elevata rispetto ad altri Paesi (l'ic-

tus colpisce in età più avanzata rispetto alla cardiopatia ischemica), sia per alcune caratteristiche comportamentali (la famosa dieta mediterranea, di cui sono stati dimostrati i benefici, è caratterizzata però da un elevato consumo di sale, fattore non indifferente nello sviluppo di ipertensione arteriosa, malattie cardio-cerebrovascolari, patologie renali, tumori del tubo digerente, osteoporosi). Inoltre alcune condizioni più frequenti in età avanzata sono riconosciute come i predittori dell'ictus (es. fibrillazione atriale, ipertrofia ventricolare sinistra, spessore medio-intimale delle arterie, infarto del miocardio)».

Che fare allora? «Per chi ha già avuto un evento cardiovascolare o soffre di episodi di fibrillazione atriale esistono oggi terapie molto efficaci, che permettono di vivere con una buona qualità di vita. Tutti questi trattamenti però sono più efficaci se associati a stili di vita sani. I trattamenti farmacologici non rappresentano una alternativa agli stili di vita, ma devono essere sempre associati ad un cambiamento di abitudini: abolizione del fumo; riduzione del consumo di alcol, di sale, di grassi animali e colesterolo. Stesse indicazioni anche per chi non ha mai avuto un evento».

Amniocentesi addio E dal test del sangue scopriremo pure Alzheimer e cancro

L'invenzione di una startup bolognese, acquisita da Menarini, svela malformazioni nel feto e tumori che sfuggono ai radiologi

*Il Deparray analizza
campioni piccolissimi
e può scovare
oltre 3.200 patologie*

*Nella città Stato
del Sud Est asiatico
si sono trasferiti
140 ricercatori italiani*

di **CLAUDIO ANTONELLI**
inviato a Singapore

■ Fra cinque anni le mamme potranno dire addio a un esame invasivo come l'amniocentesi. Basterà, infatti, un semplice prelievo del sangue per effettuare tutti gli esami di diagnosi prenatale. Niente aghi e niente rischi. Una semplificazione che diventerà possibile quando sarà terminato il lavoro sperimentale in corso a Singapore.

Deparray - il nome dello strumento prodotto da una startup di giovani medici dell'università di Bologna, a sua volta acquisita dalla multinazionale fiorentina Menarini - si basa su un sistema rivoluzionario che consente la lettura degli eritrociti e l'individuazione di cellule vive anche se presenti in un numero infinitesimale. Il metodo, a differenza degli attuali esami diagnostici, consente di tracciare perfino 20 cellule all'interno di un campione di un miliardo. Al tempo stesso Deparray ha anche una funzione bivalente: ovvero è in grado di analizzare campioni piccolissimi, inferiori anche alle 1.000 unità. In pratica, scarta l'intero pagliaio per arrivare all'ago o punta direttamente alla cellula desiderata. In ogni caso, tramite l'individuazione di specifici mar-

catori il macchinario può analizzare cellule sospese in una sorta di gabbia elettrostatica. Con un vantaggio non secondario: avere sott'occhio cellule vive consente di individuarne le funzioni e leggerne i trend futuri. I campioni «intrappolati» dalla macchina sono infatti capaci di riprodursi e fornire informazioni successive specifiche per indagini molecolari sul Dna e l'Rna. Nel caso dell'analisi prenatale, Deparray sarà in grado di «pescare» dal sangue materno quelle pochissime cellule fetali che circolano, isolarle e potenzialmente individuare fino a 3.200 patologie contro la media attuale che si aggira intorno all'ottantina.

Ovviamente, l'analisi prenatale è solo una delle funzioni del macchinario. In generale, è uno strumento per la diagnosi precocissima del cancro. Si propone di «setacciare» e identificare con grande anticipo quelle che si cominciano a «staccare» dal tumore primitivo ancora invisibile all'occhio radiologico, in modo da poter valutare il rischio per ciascun paziente, la probabilità di aggredire il cancro nel suo stato nascente, di permettere la scelta dei farmaci idonei al caso specifico e di massimizzare l'effetto terapeutico sulle sue cellule malate. «La ricerca di nuovi marcatori su cui si basa lo sviluppo di Deparray è fon-

damentale per la medicina di precisione con cui in futuro», spiega il professor **Luigi Ricciardi**, amministratore delegato di Biomakers Singapore, «sarà possibile determinare le cure direttamente dalla lettura delle singole cellule del paziente. Basti pensare che i prossimi campi di applicazione del macchinario spaziano dall'oncologia alla reumatologia fino alle malattie neurodegenerative del sistema nervoso come la Sla o l'Alzheimer». «In questo momento», prosegue Ricciardi, «uno dei campi in progressione di Deparray si occupa del linfoma oculare molto simile all'uveite nella sua fase iniziale. Poterlo individuare con certezza prima che si sviluppi significa cambiare la vita del paziente».

L'intera medicina di precisione può consentire un nuovo approccio al welfare e alle spese sanitarie di nazioni occidentali come l'Italia. Solo che per far crescere sia le conoscenze teoriche che quelle applicate, Menarini, dopo aver acquisito la startup bolognese Silicon biosystem che ha dato vita al macchinario, si è rivolta al principale istituto della città Stato per lanciare l'intero programma operativo. Non dipende solo dalla presenza di una divisione Asia che già fattura 370 milioni di euro, ma anche dalle opportunità che il piccolo Stato dell'Est offre alla

scienza. Non a caso sono già più di 140 i professori e i ricercatori italiani che si sono trasferiti nei centri di eccellenza singaporeani.

Sing health, la struttura ospedaliera con annessa università gestisce non meno di 100 milioni di budget ogni anno e nel solo dipartimento di patologia (500 ricercatori) è in grado di archiviare e analizzare 80.000 campioni di tessuti all'anno. «Per sviluppare l'applicazione base di Deparray», prosegue Riccardi, «in Italia ci sarebbero voluti due anni. Qui per dare il via alla versione full non abbiamo dovuto attendere nemmeno una settimana».

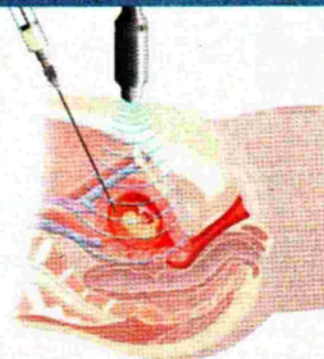
Il gap tra il nostro Paese e Singapore è abissale, ma questo non si deve solo alla scelta di incentivare la ricerca e lo sviluppo attirando capitali stranieri, ma anche al pragmatismo posto in essere. Le strutture ospedaliere locali (attualmente tre) sono in forte concorrenza tra di loro e hanno compreso che la chiave di volta sta negli accordi quadro. Da un lato Sing health mette a disposizione i campioni necessari per la ricerca applicata, le strutture e l'intero network di relazioni internazionali, dall'altra parte le aziende mettono i costi diretti e i brevetti. La proprietà intellettuale alla fine viene condivisa così come il rischio d'impresa. Se alla fine il progetto funziona e vuole essere messo sul mercato, la controparte privata lo riscatta. Uno schema vincente, anzi come si dice in inglese *win win*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FOCUS: DIAGNOSI PRENATALE

AMNIOCENTESI

- Con un ago che trapassa la parete dell'addome e quella dell'utero, si arriva al sacco amniotico e si aspira una piccola quantità del liquido in cui è immerso il feto
- Individua principalmente: sindrome di Down, spina bifida, fibrosi cistica, anemia mediterranea



IL PRESENTE



IL FUTURO

DEPARRAY

- Con un semplice prelievo di sangue materno, questo strumento (che sta terminando la sperimentazione a Singapore) trova le cellule fetali e fa analisi anche su campioni piccolissimi
- Permette di individuare ben 3.200 patologie

LaVerità

Lo scenario

Sanità, Mezzogiorno condannato minore è la spesa più si muore

Campania, Calabria e Sicilia ai primi posti nella classifica dei decessi

Ettore Mautone

Il patto per la Salute tra lo Stato e le Regioni, i Lea (Livelli di assistenza), i Piani di rientro dal deficit delle Regioni con i conti in rosso. E poi i ticket, le aliquote di Irpef e Irap ai valori massimi per ripianare il deficit, i commissariamenti necessari per le compagini (come la Campania), ancora in debito per qualità e quantità delle cure. Di tutto si parla, in tema di politiche sanitarie del Paese, tranne degli squilibri storici, strutturali, esistenti tra Nord e Sud. Un solco scavato dal flusso di assegnazione alle Regioni dei finanziamenti per la Salute che storicamente premiano il tasso di anzianità della popolazione rispetto a quanto spetterebbe a ciascun cittadino a prescindere dal luogo di nascita. Criteri rimasti immutati dagli albori della "aziendalizzazione" della Sanità (dal 1992 in poi, in un'epoca a sua volta erede delle iniquità del vecchio criterio della spesa storica). Tutto ciò - al netto di sprechi, inefficienze, inappropriately e altri inadempimenti di governi locali, da sempre considerati "canaglia", e concentrati soprattutto del Sud - ha gravi conseguenze sullo stato di Salute dei cittadini.

Il mortale dislivello. La fotografia è in due semplici tabelle illustrate nei mesi scorsi a Firenze al Congresso nazionale dei medici dirigenti della Cimo. Grafici da cui si evince (dati Istat e Agenas alla mano) che al calare della spesa sanitaria procapite si correla, in maniera direttamente proporzionale, il maggior tasso standardizzato di mortalità dei cittadini (a parità di condizioni, sesso e altri parametri). Meno si spende per la Salute dunque, più aumenta la mortalità. E così Campania, Sicilia e Calabria, che hanno nell'ordine il minor finanziamento procapite d'Italia (pur essendo la Campania la regione più popolosa dopo la Lombardia) sono rispettivamente ai primi tre posti quanto a tasso standardizzato di mortalità. Dato che in Campania tocca una vetta che fa il paio con il maggior

numero di decessi evitabili del Paese (questi causati anche da scarsa prevenzione, stili di vita errati, vaccinazioni al lumicino, ambiente compromesso e sanità inefficiente) e la minore aspettativa di vita alla nascita (2,2 anni in meno da vivere nel 2014 rispetto alla Regione più longeva, saliti a 3,6 nel 2016).

Squilibri che trascinano altri macigni non meno perniciosi: al calare delle disponibilità finanziarie si spengono infatti gli investimenti in tecnologie, infrastrutture, personale, posti letto. A dispetto di quello che si crede la Campania ha infatti il minor tasso di personale sanitario per popolazione servita e il minor numero di posti letto. E' evidente che con tali premesse una fetta del deficit e la stessa tendenza all'indebitamento sono in parte figli della sottostima del fabbisogno di risorse.

Le tabelle
In 2 grafici
il terribile
verdetto
elaborato
con dati
Istat
e Agenas

co della migrazione verso altre regioni. La mobilità passiva nel 2016 valeva per tutte le regioni 1,4 miliardi di euro provenienti soprattutto dal Sud, con il record procapite segnato dalla Calabria (128 euro) e quello in valore assoluto dalla Campania (attestata da anni a circa 300 milioni). Se quasi metà della popolazione nazionale, soprattutto del Sud, è costretta a guardare altrove per curarsi, le disparità Nord-Sud dell'assistenza sono destinate a perpetuarsi.

La soluzione per le famiglie più ricche è anche rivolgersi al privato come già avviene per cronici, disabili e anziani per i quali solo il 10-15% del fabbisogno è coperto dall'assistenza pubblica e domiciliare. Un

trend già sperimentato in Campania con le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche accreditate che a fronte delle lunghe liste d'attesa garantiscono qualità e celerità di accesso ma con tutti i nodi irrisolti dei tetti di spesa e dei budget insufficienti da programmare.

Lo spiraglio del 2017. La luce in fondo al tunnel? Si è intravista nel riparto del Fondo sanitario nazionale 2017: grazie all'iniziativa della Puglia e del presidente della Campania Vincenzo De Luca i governi locali hanno trovato la quadra votando all'unanimità nella Conferenza dei governatori, la divisione della torta da 112,578 mld di euro. Alla Campania ne sono stati attribuiti 10,25 miliardi. La novità è stata l'introduzione di un valore alla deprivazione socioeconomica. Anziché attingere al fondo di riequilibrio, che negli ultimi anni ha fatto da contrappeso, si è messo sul piatto della bilancia oltre all'anzianità che, premia il Nord, lo svantaggio sociale. Un primo passo per un approfondimento affidato alla Commissione Salute che si avvarrà della collaborazione di un gruppo di esperti. L'obiettivo è farlo entrare a regime nel riparto del prossimo anno. Ma nulla si sa sul destino di questo percorso. Il vantaggio per la Campania è stato peraltro già annullato dall'ulteriore premio riconosciuto alle regioni anziane assottigliando del tutto il guadagno preventivato. La Campania anzi, alla fine dei giochi, ha lasciato addirittura qualcosa nel piatto rispetto agli ultimi tre anni. Non in termini assoluti (in quanto l'assegnazione cresce per la lievitazione della torta da cui si attinge).

Il fondo nazionale. La percentuale relativa, detta "quota di accesso" è infatti in calo da tre anni: 9,38% nel 2017 contro i 9,39 del 2016 e i 9,4 del 2015. In soldoni ci rimettiamo alcune decine di milioni di euro. Ma se per la Sanità non ci saranno risorse adeguate,

Gli anziani

Solo il 10-15% del fabbisogno di cure è coperto dalle strutture gestite dal pubblico

Le concause

Le poche disponibilità finanziarie vanno sommate a fattori legati all'ambiente e abitudini di vita

risalire la china dei livelli di assistenza diventerà un lavoro complicatissimo. Dove è riuscito il Lazio, viene detto, (che partiva da conti peggiori della Campania e ha programmato 3500 assunzioni), possono riuscire anche gli altri. Sarà anche vero ma a leggere in controluce i dati del recente rapporto Oasi 2017 della Bocconi c'è poco da stare allegri. Per la sanità pubblica lo Stato ha speso, nel 2016, 115,8 mld, in crescita dell'1,1% sul 2015, spesa che tra 2010 e 2016 è aumentata in media dello 0,7% l'anno. Un tasso inferiore a quello dell'inflazione.

**Il deficit
Lo Stato
ha speso
nel 2016
115 miliardi
in crescita
dell'1,1%
sul 2015**

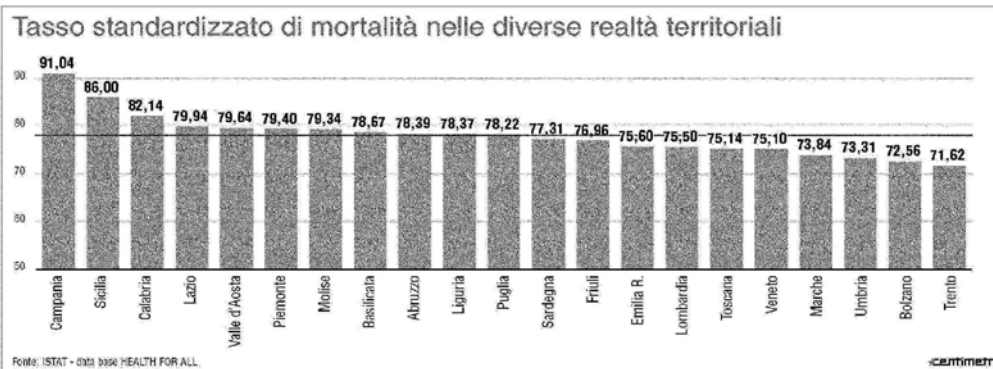
Non solo: il 52% dei medici del Ssn ha più di 55 anni e proprio nel Lazio sono 180 i giorni di attesa per una mammografia, 362 per un'ecografia del testa-collo e addirittura 20 gli anni di differenza tra la speranza di vita in buona salute di un abitante di Bolzano e uno calabrese (i due estremi).

Il caso Campania. Se come si spera, entro il 2018 raggiungesse e consolidasse il punteggio di 160 (voto minimo nella pagella dei Lea) sarebbe complicatissimo mantenere l'obiettivo di una spesa sotto il livello di deficit considerando una rete ospedaliera come quella campana, rimasta in piedi nella programmazione del piano ospedaliero e fatta di decine e decine di ospedali di media e piccola dimensione con costi strutturali fissi costantemente superiori ai ricavi difficili da modificare nel breve e medio periodo. E così, senza correttivi anche ai livelli di finanziamento, le disparità di trattamento tra un territorio e l'altro del Paese rischiano di perpetuarsi all'infinito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il paradosso campano
Per popolazione seconda solo alla Lombardia la regione è agli ultimi posti per i fondi pro capite destinati all'assistenza



Cancro, viaggi della speranza al Nord tre ospedali del Sud siglano un patto

Alleanza tra il Pascale, l'istituto tumori di Bari e il Crob

Frenare l'emorragia di pazienti verso le regioni del Nord è uno degli imperativi categorici per le regioni del Sud per venire a capo del bandolo della matassa del disequilibrio tra offerta di cure, livelli di assistenza e quote di finanziamento per la salute tra le Regioni.

Se spetta alla Puglia il merito di aver promosso, all'interno delle altre compagini del Meridione, un progetto per avviare una programmazione comune per creare aree di eccellenza con un bacino d'utenza sovra-regionale è alla Campania che va lo scettro della concretezza. Un anno fa fu l'Ordine dei medici di Napoli a creare un link con l'omologo Ente di Bari, avviando una campagna comune di sensibilizzazione sull'iniquo finanziamento delle regioni del Sud all'insegna degli slogan «più risorse più salute» e «spera di non ammalarti ma se ti ammali spera di non essere Meridionale» condotta poi con cartelloni choc affissi nelle due città che rimandavano alle maggiori possibilità di sopravvivenza dei malati di tumore se residenti nel Nord Italia e in Europa in generale. È invece di pochi giorni fa l'intesa tra il Pascale e altri due maggiori Ircs del Sud: l'Istituto dei tumori di Bari e il Crob, Centro di riferimento oncologico della Basilicata di Rionero in Vulture. La Campania, la Basilicata e la Puglia danno vita, dunque, all'Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete e tracciano, di fatto, la rotta per un nuovo modello di sanità in grado di unire le forze anche in chiave di freno alla migrazione sanitaria verso il Nord che in campo oncologico è ancora molto elevata. A firmare l'accordo il direttore generale del Pascale Attilio Bianchi, Antonio Delvino manager dell'Ircs di Bari e Nicolò Cugno a capo del Crob.

Creare una rete di Istituti oncologici interregionale, avviare un percorso per la costituzione di una Fondazione, definire una piattaforma tecnologica comune, realizzare progetti di formazione e ricerca preclinica e clinica, promuovere modelli organizzativi innovativi incentrati sull'etica clinica, la clinical gover-

nance e la condivisione delle policy. Condividere politiche per l'appropriatezza e l'economicità delle risorse, mettere a fattor comune i principi ispiratori dei percorsi clinici diagnostici, terapeutici e assistenziali. E ancora sviluppare attività comuni nell'ambito della ricerca sanitaria e biomedica, realizzare progetti estero-finanziati, a valere in particolare su Fondi comunitari e infine intraprendere un percorso sinergico per l'accreditamento a "Comprehensive cancer center" per ciascuna delle parti i punti qualificanti dell'intesa che non disdegna di progettare una piattaforma comune per abbassare i costi di acquisto dei farmaci. Le premesse ci sono tutte per segnare una svolta nelle politiche per la salute in campi specialistici e ad alto costo e impatto sociale, dove la rete regionale si interconnette inevitabilmente con una più ampia maglia di connessioni interregionale. «Si tratta del primo esempio di rete tra istituti oncologici di regioni diverse - commenta il manager Attilio Bianchi - e si possono immaginare scambi di esperienze tra chi è più forte in un campo o in un altro e scambi di saperi ultraspecialistici su casi e pazienti complessi, ma anche la partecipazione comune a progetti di ricerca nazionali e internazionali».

Dopo la firma dell'accordo lo scorso 29 novembre a Bari, il 18 dicembre a Rionero in Vulture ci sarà il primo incontro tra i tre manager, i direttori sanitari, i vertici scientifici e anche i direttori dei dipartimenti dei tre Ircs per mettere a fuoco le aree di collaborazione sulla clinica, sull'assistenza e la ricerca attraverso progettualità comuni e piattaforme operative condivise.

Tutti temi che su scala regionale sono stati affrontati l'altro ieri

dal governatore-commissario Vincenzo De Luca che ha convocato una riunione plenaria con i direttori generali monotematica dedicata al decollo della rete oncologica a cui sono intervenuti anche oncologici clinici della neonata Scito (Società campana di immunoterapia oncologica) di cui fanno parte i direttori dei principali servizi di Oncologia medica delle strutture ospedaliere e universitarie di II e III livello della rete oncologica campana ribadendo l'interesse e l'attenzione della struttura commissariale allo sviluppo delle rete oncologica invitando i manager a collaborare a quella che viene considerata una rivoluzione dell'assistenza oncologica in Campania.

e. m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bianchi

«Si possono dare vita a scambi di esperienza mettendo in comune i saperi»



La novità

«Si tratta del primo esempio di sinergia tra strutture su casi complessi»

I manager
Il primo vertice tra i direttori sanitari si è svolto a Rionero in Vulture

“Nuova” chirurgia oncologica: paziente in piedi dopo 24 ore

**ROBERTO PERSIANI
DEL GEMELLI:
«FIN DALLA
DIAGNOSI VIENE
SPIEGATA OGNI
DECISIONE PRESA»**

LA CURA

Sradicare gli antiquati dogmi della chirurgia in favore di un approccio più ampio e multidisciplinare per i pazienti con tumore. È la rivoluzione Eras, *Enhanced Recovery After Surgery*. Si tratta di un programma che permette un migliore percorso chirurgico per i pazienti, a partire dal ricovero fino alla riabilitazione, con importanti benefici: meno complicanze e dolore, e soprattutto una più rapida ripresa post-operatoria. La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma ha maturato una casistica importante di pazienti trattati con questo protocollo e ha collaborato alla creazione di un network su base regionale, prima esperienza di questo tipo in Italia. Ma ERAS è destinato a rivoluzionare molti altri ambiti chirurgici. «Alla base di questo approccio - spiega Roberto Persiani, responsabile UOS Chirurgia Oncologica Mini-Invasiva, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - c'è un team multidisciplinare che coinvolge chirurghi, anestesisti, infermieri, nutrizionisti e fisioterapisti che mira a conservare il più possibile l'integrità fisica e funzionale dell'organismo».

Il primo cambiamento proposto da Eras riguarda già il momento della diagnosi. «Il paziente e i suoi familiari vengono invitati a partecipare attivamente alla fase del counseling. Si tratta di un momento cruciale - dice Persiani - in cui il paziente viene messo al corrente di ogni passo

e in cui possono essere proposti dei cambiamenti allo stile di vita, tra cui l'alimentazione».

Aggiunge Domenico D'Ugo, presidente della Società italiana di chirurgia oncologica e direttore UOC Chirurgia Generale della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli: «Anche la drammatica ansia pre intervento è visibilmente ridotta dal coinvolgimento del paziente grazie anche ad un libretto che descrive tutto il percorso da affrontare».

LA PREPARAZIONE

Eras prevede inoltre lo sconvolgimento di una serie di dogmi, oggi superati. «Come quello che indicava il digiuno del paziente molto prima dell'intervento», dice Persiani. «Oggi sappiamo che far arrivare i pazienti al tavolo operatorio senza mangiare o bere, non solo non ha alcuna utilità clinica, ma può essere controproducente per l'organismo», aggiunge. Stessa cosa per il digiuno post-operatorio. «Con l'applicazione dei principi ERAS il paziente operato la mattina ritorna a mangiare già la sera». Altra novità è la preparazione intestinale per i pazienti in vista di un intervento al colon-retto. «Con Eras si è superata l'antica concezione, secondo la quale l'intervento - spiega Persiani - debba avvenire a intestino pulito. Sappiamo invece che la pratica di pulire il colon può causare un'alterazione degli elettroliti e della flora batterica, cosa che non è di alcun beneficio per il paziente».

PROCEDURE RIVOLUZIONATE

Rivoluzionarie anche le procedure post-operatorie che, con Eras, riducono di molto i tempi di ripresa. Se in passato i pazienti erano costretti a rimanere con flebo, drenaggi, sondino nasogastrico, cateteri e quant'altro, con ERAS invece si cerca di far

tornare tutto alla normalità in meno di 24 ore. La parola d'ordine è rimettere subito in piedi il paziente, considerando anche alternative più soft, ma altrettanto efficaci, per la gestione del dolore. «Anziché soluzioni sistemiche, come la somministrazione di oppiacei, ERAS propone controllo del dolore basato su un approccio multimodale», sottolinea Persiani. Ma non può esserci gestione peri-operatoria semplificata e meno dolorosa senza un'altrettanta innovativa metodica di intervento. Come la taTME per la cura dei tumori del retto. «È una tecnica che aggredisce il tumore 'dal basso', cioè per via trans-ale, anziché dall'addome avendo sotto visione il tumore», spiega Persiani. «È potenzialmente superiore alla laparoscopica e alla robotica nella cura dei tumori del retto più difficili, quelli in cui si rischia la famosa "sacchetta a vita"», conclude.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA



5/12/2017

Il Sistema Sangue resiste alle emergenze ma alcune regioni non sono autosufficienti

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Il Sistema Sangue resiste alle emergenze ma alcune regioni non sono autosufficienti

www.panoramasanita.it/2017/12/05/il-sistema-sangue-resiste-alle-emergenze-ma-alcune-regioni-non-sono-autosufficienti/



Q
Q
Q
Q

Q

Il sistema sangue tiene, e riesce a far fronte alle emergenze come la Chikungunya, ma alcune regioni non sono autosufficienti e non riescono a garantire le terapie ai pazienti cronici, come i talassemici. Il dato è emerso durante la consultazione plenaria del Sistema trasfusionale che si è tenuta a Roma nella sede della Croce Rossa. Solo per compensare il sangue non raccolto a causa del blocco delle donazioni nel Lazio per l'emergenza Chikungunya, è emerso durante l'assemblea, sono state messe a disposizione dalle Regioni quasi 6mila sacche di sangue, mentre in totale la compensazione nel 2017 è stata di quasi 60mila, soprattutto a favore di quattro regioni con carenze 'croniche', Lazio, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. «Il sistema regge, e lo ha dimostrato anche nel caso dell'emergenza Chikungunya, ma in alcune Regioni non viene rispettata la programmazione effettuata in modo condiviso con le Regioni stesse, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale con decreto del ministro della Salute e necessaria a garantire l'autosufficienza – ha affermato il direttore del Centro Nazionale Sangue Giancarlo Maria Liunbruno -. Questo si riflette nella mancata garanzia di continuità delle terapie a pazienti cronici, come i talassemici, che hanno bisogno di trasfusioni continue, e che invece in diversi casi non hanno ricevuto nei tempi previsti la terapia programmata che, ricordiamolo, è un Livello Essenziale di Assistenza». Tra le regioni in difficoltà è stata citata la Campania, dove oltre il 60% della raccolta avviene da donatori non periodici, un tasso più che doppio rispetto al resto del paese, con potenziali implicazioni anche sui livelli di sicurezza del sangue e del plasma. In altre regioni i livelli di organizzazione e governo della rete trasfusionale dovrebbero essere migliorati per evitare anche l'eliminazione di plasma raccolto per scadenza, nonostante il suo periodo di conservazione si estenda fino a due anni. «Abbiamo messo in campo diverse iniziative – ha affermato Adriano Marcolongo, coordinatore tecnico dell'area assistenza ospedaliera della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni – nel tentativo di richiamare i direttori generali a una maggiore attenzione sul tema dell'autosufficienza».

5/12/2017 12 dicembre. Protestano anche i dirigenti tecnici, amministrativi e professionali delle Asl. Ma niente sciopero, si limiteranno a non rispondere...

quotidiano**sanità**.it

Martedì 05 DICEMBRE 2017

12 dicembre. Protestano anche i dirigenti tecnici, amministrativi e professionali delle Asl. Ma niente sciopero, si limiteranno a non rispondere a mail e telefonate dei loro vertici aziendali

“Sette anni di tagli, zero risorse e più lavoro”, denuncia la Fedir, che ha deciso di unirsi a suo modo alla protesta proclamata di medici attuato, per tutto il mese di dicembre, il “diritto di non connessione”: “Dopo le ore 17 non saremo più a disposizione per telefonate, e-mail, messaggi, da parte dei vertici di enti, aziende e amministrazioni”. E chiedono a Governo e Regioni “un incontro urgente” per “evitare l’inasprirsi della protesta”.

“Cos’è successo alla dirigenza pubblica tecnico-amministrativa e professionale dei territori negli ultimi 7 anni? Una sola parola: tagli. Tagli agli organici con i blocchi delle assunzioni; tagli alle strutture con le riorganizzazioni e rotazioni fatte anche con cadenza annuale o biennale; tagli all’autonomia gestionale con l’invasione della politica che si porta i dirigenti esterni ed entra nelle scelte tecniche di merito; tagli agli stipendi col blocco dei CCNL e con le riduzioni dei fondi contrattuali dal 2010”. Per questo motivo, la sezione Fedir di Fedirets, che opera a difesa della dirigenza tecnico amministrativa della Sanità, si associa alla protesta della dirigenza sanitaria e medica del Ssn.

In particolare Fedir chiede “la ripresa della contrattazione entro l’anno; lo stop a tagli; alle continue riorganizzazioni; ristrutturazioni; rotazioni; fusioni e così via, che stanno minando la presenza e l’impegno di migliaia di dirigenti seri e onesti che sono l’ossatura dell’apparato pubblico del Paese”.

Questo anche considerato come, nella situazione creatasi ad oggi, “oltre alle migliaia di euro perse ogni anno, nelle Regioni c’è stato un calo dei dirigenti del 16%, anche a fronte di maggiori competenze (trasferimento di funzioni dalle Province); nei Comuni i dirigenti sono diminuiti del 19% ed è diventato normale affidare ad un dirigente 3 o 4 incarichi ad interim oltre a quello di cui è titolare; i segretari comunali si sono visti moltiplicare i Comuni da seguire ‘a scavalco’ senza una contropartita economica; in Sanità i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo sono scesi del 23% e sono state soppresse centinaia di strutture complesse tecnico-amministrative”.

Insomma, denuncia Fedir, “meno autonomia, meno soldi e più lavoro, senza contare la beffa del rinnovo dei contratti pubblici: per la dirigenza non è successo nulla, manca ancora l’atto di indirizzo”.

Ma il sostegno di Fedir alla protesta non si ferma alle parole. La Federazione annuncia la decisione di coinvolgere i dirigenti che lavorano nei ruoli professionali, tecnico e amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale nel “diritto di non connessione”, che verrà attuato per tutto il mese di dicembre e in base al quale, “dopo le ore 17 dei giorni feriali e nei giorni prefestivi e festivi, non saremo più a disposizione per telefonate, e-mail, messaggi, da parte dei vertici di enti, aziende e amministrazioni. Chiediamo a governo e regioni – afferma Elisa Petrone, segretario aggiunto Fedir - un incontro urgente per illustrare le ragioni della nostra protesta, al fine di evitare l’inasprirsi della stessa”.

Osservatorio Inps

Nel 2016 giornate di malattia su del 3%

■ Nel corso del 2016 sono stati 12,6 milioni i certificati medici rilasciati per il settore privato (+4,4% rispetto al 2015), mentre con 6,3 milioni sono leggermente diminuiti quelli rilasciati per la pubblica amministrazione (-0,03%). Complessivamente lo scorso anno sono stati persi per eventi di malattia 11,4 milioni di giornate di lavoro (8,1 nel privato e 3,3 nel pubblico) in aumento del 3% rispetto all'anno precedente; il lunedì si conferma il giorno in cui si resta di più a casa, con il 29,6% degli eventi di malattia registrati.

I dati sono stati resi noti ieri dall'Osservatorio sulla certificazione di malattia dell'Inps, a poco più di tre mesi dall'avvio del nuovo Polo unico per le visite mediche di controllo che ha attribuito all'istituto previdenziale la competenza esclusiva a effettuare le visite fiscali sia d'ufficio, sia su richiesta dei datori di lavoro privati e pubblici.

I dati sul 2016 confermano l'elevata stagionalità dei certificati medici, con un massimo che si registra nel quarto trimestre dell'anno per il settore privato (38%) e nel primo trimestre per il settore pubblico (32%). Quanto alla ripartizione territoriale, è il Nord-Ovest l'area geografica che presenta il maggior numero di certificati medici (28,4%), seguita dal Nord-Est e dal Centro con percentuali pressoché analoghe (rispettivamente 21,4 e 21,1%).

Per quanto concerne i singoli eventi di malattia, i lavoratori del settore privato che lo scorso anno ne hanno avuto almeno uno sono stati 4,4 milioni, quelli del pubblico 1,8 milioni. Al livello di genere i lavoratori con almeno un evento di malattia sono stati in maggioranza maschi nel settore privato (56,6%) e in maggioranza femmine in quello pubblico (68,7%).

M. Piz,

GIORNALI E. PIZZALI - 02/12/17

Manovra. Pec obbligatoria per acquisti diretti da imprese

La fattura elettronica estesa ai consumatori

■ Obbligo di fatturazione elettronica per tutti: non solo per le operazioni business to business ma anche da azienda a consumatore. È l'effetto di una norma nella manovra all'esame della Camera: la nuova e-fattura dal 1° gennaio 2019 obbligherà i consumatori ad

avere un indirizzo elettronico per ricevere la fattura dall'agenzia delle Entrate. E imporrà loro l'acquisizione di una posta elettronica certificata (Pec) se vogliono acquistare beni e servizi direttamente dalle aziende obbligate all'emissione della fattura. **Mobili** ▶ pagina 5

Consumatori nella rete dell'e-fattura

Con la manovra 2018 rischio di Pec obbligatoria per chi acquista direttamente dalle aziende

La norma

Il ddl di bilancio impone la fatturazione elettronica a tutti i «residenti»

I soggetti esonerati

L'obbligo non vale per chi ha scelto il regime fiscale agevolato

IL CASO DI SCUOLA

Dal 2019 il cittadino privo di partita Iva potrebbe acquistare dal fornitore il materiale per le ristrutturazioni solo dotandosi di posta elettronica certificata

Marco Mobili
ROMA

■ Obbligo di fatturazione elettronica per tutti. E non solo per le operazioni business to business ma anche per quelle business to consumer. Tradotto in sintesi nella rete della nuova e-fattura in vigore dal 1° gennaio 2019 - così come prevede ora la manovra di bilancio all'esame della Camera - finiranno anche i consumatori. In che misura e con quali modalità? In primo luogo obbligandoli ad avere un indirizzo elettronico per poter ricevere la fattura dal sistema d'interscambio dell'agenzia delle Entrate. E imponendogli, poi, l'acquisizione di una posta elettronica certificata (Pec) se vogliono acquistare beni e servizi direttamente da quelle aziende che, secondo le regole dettate dalla legge Iva, sono obbligate alla sola emissione della fattura. La conseguenza nasce direttamente dalla norma della legge di bilancio che prevede che la fattura elettronica sia costituita da un formato elettronico strutturato con trasmissione tramite il Sistema di interscambio (Sdi), oggi in uso per i rapporti con la Pa. Quindi il consumatore deve

poter disporre di un canale diretto di ricezione della fattura elettronica cui è obbligata l'impresa, altrimenti sanzionata, nella cessione del bene o del servizio.

Sul piano soggettivo il disegno di legge di bilancio, trasformato al Senato in un articolo unico da 680 commi, non sembra lasciare alcun dubbio. Ai commi da 509 a 513 si prevede chiaramente in nome della lotta all'evasione fiscale che: «Al fine di razionalizzare il procedimento di fatturazione e registrazione, per le cessioni di beni e le prestazioni di servizi effettuate tra soggetti residenti o stabiliti nel territorio dello Stato, e le per le relative variazioni, sono emesse esclusivamente fatture elettroniche», utilizzando come dettato Sdi. La norma presentata alle Camere dal Governo, non modificata al Senato, non è stata volutamente limitata alle sole operazioni tra partite Iva ma punta a coinvolgere tutti i contribuenti «residenti o stabiliti nel territorio dello Stato» che chiedono servizio acquisto beni. La legge di bilancio comunque esonera dall'obbligo dell'e-fattura i contribuenti che rientrano nel regime forfetario agevolato (imposta sostitutiva del 15% senza limiti di tempo sotto una determinata soglia di ricavi) o che continuano ad applicare il regime fiscale di vantaggio (sostitutiva del 5% per chi avvia nuove attività). Definire comunque il perimetro di quante e quali operazioni siano coinvolte nel

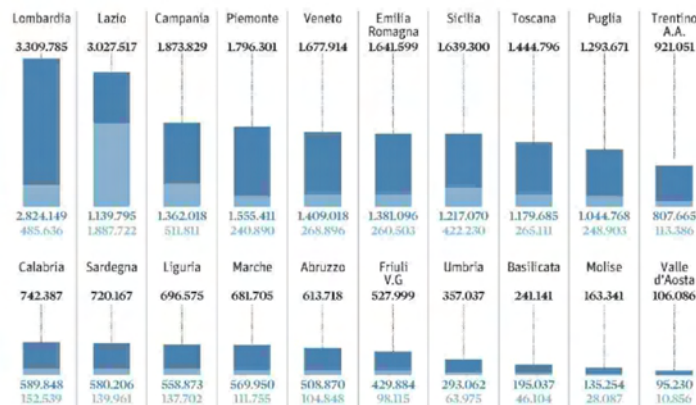
nuovo obbligo che, ripetiamo, scatterà dal 1° gennaio 2019 per tutti - ad eccezione di carburanti e appalti obbligati all'e-fattura dal prossimo 1° luglio - non è facile anche perché, come spesso accade con il nostro ordinamento tributario, il Dpr 633/72 che disciplina l'iva elenca le attività che sono esonerate dall'obbligo dell'emissione della fattura (in futuro e-fattura) e che in alternativa possono emettere scontrino o ricevuta. Ma il caso di scuola c'è sempre e riguarda, ad esempio, le ristrutturazioni edilizie e le imprese edili. Queste sono tra i soggetti che la legge Iva obbliga al rilascio della fattura. Quindi il cittadino sprovvisto di partita Iva che dal 1° gennaio 2019 volesse acquistare direttamente dal fornitore materiale edile beni necessari per la ristrutturazione del suo appartamento sarà obbligato a dotarsi prima di un indirizzo e-mail e poi ad attivare una Pec per consentire all'impresa edile di poter emettere, come richiede la legge di bilancio in via di approvazione in Parlamento, la fattura elettronica.

DI PIÙ SUL DDL DI BILANCIO

Il bilancio

Il numero di file fattura inoltrati alle Pa da gennaio a ottobre 2017 suddiviso per Regioni

■ Pa locale ■ Pa centrale



Fonte: agenzia delle Entrate

Il DNA è mio e me lo gestisco io

Il biochimico americano Josiah Zayner è il primo al mondo a modificarsi il Genoma usando la tecnica del tagli e cucì "Crispr"

Sto trasformando i miei muscoli, ma ora le autorità federali hanno messo fuori legge l'esperimento e devo capire come continuare

Ho aperto in California una società che vende kit genetici: si può cominciare manipolando microbi e lieviti per creare super-cibi

GABRIELE BECCARIA

«**S**i, in effetti sono un biohacker!». Josiah Zayner ha lavorato alla Nasa per trasformare Marte in un pianeta abitabile e adesso pensa che non sia lontano il momento in cui saranno gli umani a trasformare se stessi, cambiando il proprio organismo a partire dal libretto di istruzioni della vita, il Dna.

Laureato in biochimica all'università di Chicago e fondatore della società «The Odin», specializzata in kit genetici, a 36 anni è il primo essere umano a essersi «editato» da solo il Genoma, utilizzando la rivoluzionaria tecnica Crispr-Cas9. A dispetto della quasi impronunciabile sigla, si tratta di un sofisticato taglia-e-cucì biologico, con cui diventa possibile modificare singoli geni e introdurre di nuovi, alterando anche intere sequenze. Dai batteri fino agli umani, con una precisione pari soltanto alla facilità di intervento.

Lei si è sottoposto a un test fai-da-te, al di fuori di ogni controllo, bruciando sui tempi una cura sperimentale, annunciata tre settimane fa, per curare un paziente colpito da una rara malattia, la sindro-

me di Hunter: è questa indipendenza pionieristica che la spinge a definirsi un hacker biologico?

«Sono un biohacker perché gli scienziati tradizionali lavorano nelle università o nelle aziende, mentre io sono uno scienziato indipendente, al di fuori di tutte queste realtà: non mi preoccupa di pubblicare studi o di cercare dei "grant"».

Così libero da essere diventato cavia di se stesso: lei si è manipolato il gene della miostatina, quello che limita la crescita muscolare, per diventare un superman. È così?

«Con Crispr si ingegnerizza il Dna, all'interno di se stessi. Io, in effetti, l'ho usata su di me: il modo migliore è ricorrere a una serie di composti chimici e poi iniettarsi la soluzione. Nei muscoli oppure nei tessuti».

Al momento ne ha fatta una sola?

«Sì, una iniezione».

Ne prevede altre?

«In realtà, qui negli Usa, è stata appena approvata una normativa della Fda, la Food & Drug Administration, secondo la quale è diventato illegale editare il proprio genoma. Mi sembra una decisione un po' folle. Sto cercando di capire se farmi altre iniezioni o

se seguire procedure diverse per bypassare il divieto».

Una proibizione su misura proprio per lei?

«Già... non riesco a immaginare un'altra ragione!».

Diventerà più muscoloso?

«Voglio aumentare la crescita muscolare, intervenendo su uno specifico gene. Sono stati fatti esperimenti simili sugli animali e si è visto che nello spazio di quattro mesi si è verificata una crescita nelle aree delle iniezioni».

E nel suo caso? Ci sono già dei risultati visibili?

«Tengo sotto controllo le dimensioni dei miei muscoli, ma, a un mese e mezzo dall'iniezione, è presto per vedere effetti significativi».

Nessun effetto collaterale?

«No, nessuno. A parte il fatto che, beh..., io sono un po' matto».

Vuole incarnare lo stereotipo dello scienziato pazzo?

«Sì, a volte bisogna spingersi oltre i confini conosciuti».

E ora con la società «The Odin», aperta a Oakland, in California, lei offre il suo sogno di metamorfosi genetiche a tutti: non teme di mettere a rischio la vita di qualche incosciente?

«Noi vendiamo kit di ingegnerizzazione genetica per molti tipi di organismi e si tratta di prodotti e procedure conside-

rati tuttora legali».

Si riferisce ai vostri kit per modificare microbi e lieviti?

«Sì. La tecnologia Crispr è così nuova che vogliamo spingere le persone a capirla e a sfruttarla. Devono testarla nella vita quotidiana e rendersi conto che non si tratta di una realtà destinata unicamente alle grandi società».

Che cosa si può fare con i kit?

«Per esempio creare un pane con un profumo unico, magari come se fosse una pesca. Oppure inventarsi una birra con un sapore mai provato da nessuno».

Bisogna avere una laurea in biologia per trapianti del genere o sono alla portata di chiunque?

«Ci sono tanti esempi da seguire e basta seguire, passo dopo passo, le guide che inviamo: così si impara, anche se si ha zero esperienza».

Super-pane e super-birra sono opzioni divertenti, ma le altre

possibilità? Di sicuro molti vostri clienti coltivano desideri decisamente più proibiti.

«Le possibilità sono potenzialmente illimitate, nel mondo naturale, ma prima bisogna imparare. I nostri kit permettono esperimenti basilari, dai quali poi evolvere».

E se qualcuno si mette in testa di puntare più in alto e modificare il Dna del proprio pesciolino rosso o del proprio gatto?

«È possibile, ma sono convinto che esperimenti simili non dovrebbero essere fatti. Probabilmente sono illegali».

E il passo successivo è inevitabile? Crede che chiunque avrà il diritto di modificarsi il Genoma, secondo i propri desideri, come se si trattasse di una forma avanzata di chirurgia plastica?

«Sì, certo. Il punto è che i geni provengono dai nostri genitori e che non c'è scelta. E, allora, immaginiamo di avere questa possibilità, quando si diventa

maggiorescenti: poter decidere le caratteristiche del proprio corpo. Wow! Ecco una tecnologia potente e con molti benefici per la società, a dispetto di ogni proibizione».

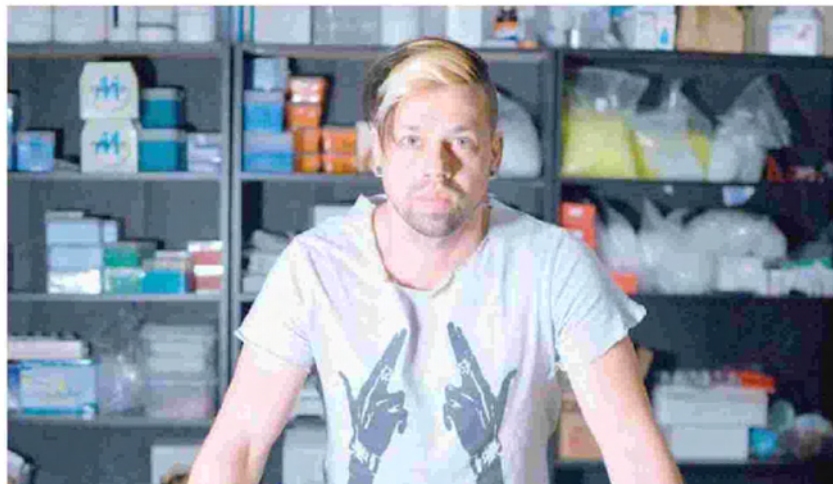
Nessun problema etico?

«Direi di no. Ognuno può pensare di cambiarsi il colore della pelle o di alterarsi l'altezza e non importa se io sono d'accordo o no. Avverrà tutto comunque, dato che Crispr è economico e semplice. Come potremo mai fermare le persone? Il punto, piuttosto, è educare gli individui e la mia società ha anche questo obiettivo: fare in modo che sappiano che cos'è la manipolazione genetica».

Chi sono i suoi clienti?

«Giovani e anziani e anche una nonna di 75 anni, che mi ha scritto di aver sempre sognato di giocare con i geni. E poi studenti, insegnanti e professori universitari. Abbiamo già venduto 10 mila kit».

© BY THE PEOPLE/ALAMY/CONTRASTO



Scienziato alternativo che appartiene al filone emergente dei biohacker

Il laboratorio di Josiah Zayner, a Oakland, California, è un'entità indipendente, che sfugge volutamente alla logica delle università e delle grandi aziende