

RASSEGNA STAMPA giovedì 3 luglio 2014

Stretta sulla spesa via ai controlli sugli acquisti pubblici
IL MESSAGGERO

In Italia la sanità integrativa vale 4 miliardi
IL GIORNALE

Patto salute, si alza sipario. Cure primarie, farmaci ed e-health i nodi
DOCTORNEWS

Apertura studi medici: niente più vincoli territoriali
DOCTORNEWS

In Ue crescono le denunce per malasanità. Aogoi: serve una direttiva
DOCTORNEWS

Verso una "Medicina Narrativa" che aiuti il Cammino del Paziente
CORRIERE DELLA SERA

Enti locali e Asl, al via 100 verifiche sulle spese
AVVENIRE

Staminali del sangue, la rivoluzione
AVVENIRE

Stretta sulla spesa, via ai controlli sugli acquisti pubblici

► Da Cottarelli 100 lettere a Comuni e Asl che non usano Consip
Mai più "latte di Stato", gli enti locali fuori dai settori di mercato

**SULLE PARTECIPATE
DEI COMUNI ENTRO
LA FINE DEL MESE
SARÀ PRONTA
UNA PROPOSTA
PER IL GOVERNO**

IL PIANO

ROMA Cento lettere in partenza la prossima settimana per chiedere chiarimenti alle amministrazioni che acquistano beni e servizi al di fuori della piattaforma Consip. E poi il percorso per arrivare dalle attuali 32 mila a 35 centrali di acquisto. Ma anche una proposta di sfoltimento delle partecipate locali che punta a ridurne il numero suggerendo l'uscita dello Stato da alcuni settori decisamente non strategici. Per Carlo Cottarelli in questo mese di luglio si concentrano molte scadenze importanti: se nelle ultime settimane il lavoro del commissario alla spending review è apparso un po' sotto traccia, è probabilmente perché si sta puntando molto sull'attuazione concreta di misure che già sono entrate in provvedimenti di legge, come il decreto di aprile sul bonus 80 euro e quello più recente sulla riforma della pubblica amministrazione. Ma per l'ex direttore del Dipartimento affari fiscali del Fondo monetario - e soprattutto per il governo - le sfide non finiscono qui, visto che con la legge di stabilità bisognerà mettere nero su bianco altri interventi necessari per conseguire gli imponenti risparmi di spesa programmati nel Documento di economia e finanza: 4,5 miliardi quest'anno, 17 il

prossimo e 32 a regime a partire dal 2016. Anche se varie delle indicazioni contenute nel primo dossier di marzo ancora non sono state attuate, Cottarelli potrebbe fornirne di ulteriori, sempre lasciando poi le scelte attuative alla politica.

IL LAVORO CON CANTONE

Un campo di lavoro molto impegnativo è quello degli acquisti di beni e servizi. È in arrivo il decreto della presidenza del Consiglio dei ministri con i criteri per la scelta dei 35 "aggregatori", sostanzialmente le grandi centrali di acquisto destinate a sostituire le attuali 32 mila. Di fatto i posti disponibili sono 12, perché gli altri sono riservati alla Consip e alle strutture delle Regioni e delle Province autonome. Contemporaneamente si cerca ad arrivare in tempi rapidi ad una maggiore trasparenza sul tema dei prezzi. I benchmark della Consip sono rimasti finora largamente inutilizzati perché mancava una definizione stringente delle caratteristiche essenziali dei prodotti (anche su questo un decreto arriverà molto presto). Ma su alcune categorie merceologiche standard per le quali la determinazione del prezzo è facile (elettricità gas, telefonia, carburanti) Cottarelli è intenzionato a veder chiaro da subito: in collaborazione con l'Autorità anti-corruzione di Raffaele Cantone (che ha assorbito le funzioni di vigilanza sui contratti pubblici) e con la Guardia di Finanza sta per inviare un centinaio di lettere a enti (compresi Comuni, ministeri e Asl) che non si sono avvalsi della Consip,

pur essendo tenuti a farlo o dovendo comunque, come nel caso degli enti locali, garantire prezzi più bassi. La richiesta è di fornire i relativi contratti e spiegare le proprie motivazioni. In caso di mancata risposta sono possibili anche visite dei finanziari.

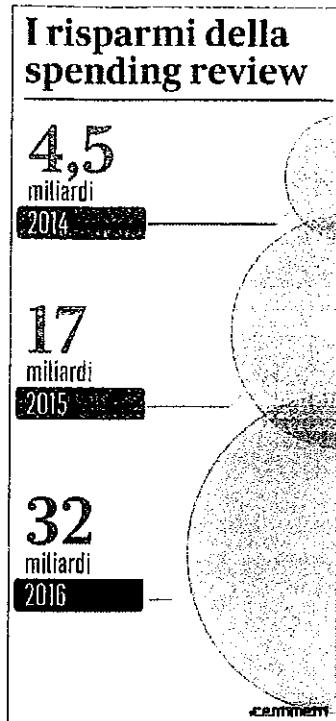
L'altro grande settore che sta assorbendo il lavoro della squadra di Cottarelli (che si è ridotta numericamente negli ultimi tempi) è quello delle società partecipate locali. Il commissario farà una sua proposta entro fine mese con alcune linee guida: efficientamento, riduzione del numero complessivo (Renzi vorrebbe scendere a 1.000 ma oggi sono oltre 10 mila), risparmi sulle poltrone (sono moltissime quelle in cui il numero dei consiglieri di amministrazione supera quello dei dipendenti). Alcune di queste strutture si occupano dei servizi locali standard come acqua, elettricità, trasporto locale rifiuti ma ce ne sono altre (circa 320) impegnate in attività normalmente riservate ai privati, dalla produzione di latte a quella di uova, prosciutto e vino, o all'attività di agenzia turistica. L'indicazione sarà di far cessare una presenza pubblica che non appare giustificata.

Infine tra le cose ancora da fare c'è il decreto che, fissando i criteri per la riduzione delle auto blu, attui finalmente la legge che prevede non più di cinque per ministero.

Luca Cifoni

© R PRODUZIONE RISERVATA





Ricerca I dati di Rbm Salute-Censis

In Italia la sanità integrativa vale 4 miliardi

Ampio il gap con il resto dell'Ue. Ma far fronte alle spese del settore è possibile

■ Ventisei virgola nove miliardi di euro. Ecco quanto vale la spesa sanitaria privata in Italia. Mentre nel 2013 i costi sostenuti dello Stato nel settore sanità sono pressoché rimasti fermi (+0,6% rispetto al 2007), negli ultimi cinque anni gli italiani hanno speso, in termini reali, il 3% in più per pagare le prestazioni mediche che il pubblico non garantisce. I numeri emergono da una ricerca condotta da Rbm Salute, prima compagnia assicurativa specializzata nel settore salute, e dal Censis. Analizzando i vari capitoli, lo studio - illustrato a Roma nel corso dell'ultimo *Welfare Day* - rileva che gli italiani spendono maggiormente per acquistare farmaci (l'80% della spesa destinata ai beni, il 56% del totale) e per prestazioni odontoiatriche e specialistiche (il 75% della spesa destinata ai servizi, pari al rimanente 44%). «I cittadini sostengono direttamente il 20% della propria spesa sanitaria, con un costo annuo pro capite di quasi 445 euro. In quest'ottica, la sanità integrativa potrebbe rappresentare una straordinaria risorsa integrando il livello di copertura garantito dal Sistema sanitario nazionale e riducendole diseguaglianze che esistono in termini di capacità assistenziale tra le diverse Regioni», commenta Marco Vecchietti, consigliere delegato di Rbm Sa-

lute. «Purtroppo - rileva il manager - le forme di sanità integrativa in Italia "intermediante" attualmente solo il 13% della spesa privata (circa 4 miliardi di euro annuali), con un gap di copertura di oltre il 40% rispetto agli altri Paesi europei». In effetti, i Fondi sanitari sono quasi esclusivamente appannaggio del settore del lavoro dipendente e operano soprattutto nel Nord Ovest e nel Centro. Oltre il 59% di italiani risultano assicurati dalle compagnie assicurative e da quelle specializzate nel ramo salute, che nell'ultimo triennio hanno triplicato la propria quota di mercato rispetto alla media Ue. Partendo da tali evidenze, in collaborazione con Previmedical (network di strutture sanitarie convenzionate) Rbm Salute ha deciso di lanciare *Tuttasalute! online*, una polizza individuale che assicura tutte le prestazioni sanitarie acquistabile direttamente dal sito web della compagnia (www.tuttasalute.it).

«L'obiettivo - conclude Vecchietti - è mettere a disposizione di tutti i cittadini, a prezzi accessibili, una sanità integrativa ampia e inclusiva che consenta di affrontare più serenamente le spese sanitarie che sempre più rimangono a carico delle famiglie».

SiEg



SCENARIO Marco Vecchietti



Patto salute, si alza sipario. Cure primarie, farmaci ed e-health i nodi

Si alza il sipario sul capitolo più misterioso del patto per la salute, oggi all'esame definitivo dei presidenti delle regioni, e cioè le cure primarie. Nel documento di una trentina di articoli elaborati da dieci tavoli, se ne parla all'articolo 5. Nella versione semidefinitiva approntata da governo e regioni e all'esame dei governatori, già chiosata con gli appunti del ministero dell'Economia, si chiarirebbe secondo indiscrezioni di fonte autorevole il percorso che porterà i medici di famiglia a lavorare nelle aggregazioni funzionali di cure primarie e nelle più complesse Uccp con altre professioni sanitarie. Ci sarebbe un distinguo rispetto alla posizione della Sisac, che in convenzione chiede ai medici di famiglia di entrare - a seconda della volontà delle singole regioni - in alternativa ora nelle Aft e ora nelle Uccp. In realtà, il testo del Patto prevede che il medico di famiglia presti la sua attività nelle unità complesse attraverso le Aft; significherebbe che i nuovi compiti, pur restando obbligatorie tanto Aft quanto Uccp come da legge Balduzzi, sono organizzati dalle regioni a livello programmatico ma devono passare per la contrattazione convenzionale nazionale e regionale e quindi per la volontà concorrente dei mmg. Nel testo del Patto si parla ancora di professionalità dell'ospedale che possono esercitare sul territorio, in particolare dirigenti Ssn medici e infermieri nell'ambito di compiti loro delineati in quanto dipendenti del servizio, ma si tratterebbe di situazioni residuali. Si parla infine di un numero unico "europeo" per le chiamate non urgenti la notte e nei festivi e di regole d'ingaggio tra continuità assistenziale e 118.

Sul capitolo-farmaci, la necessità di risparmiare prevarrebbe sulle spinte federali. Le regioni rinuncerebbero a ritardare per valutazioni ulteriori la rimborsabilità di nuovi principi attivi autorizzati dall'Agenzia del farmaco, ma arriverebbe un nuovo prontuario nel quale i principi attivi dispensati dal Servizio sanitario nazionale dovrebbero essere raggruppati in categorie terapeutiche omogenee, per ciascuna delle quali verrebbe riportato il prezzo di riferimento fissato dall'Aifa.

Sull'e-health infine ci sarebbe un patto nel patto. Dopo il varo delle linee guida sulla telemedicina, che il ministero della salute ribadisce essere "cogenti", dal punto di vista del governo ci sono almeno tre temi importanti: fascicolo sanitario, de materializzazione delle ricette e direttiva transfrontalieri. **Rossana Ugenti** Direttrice del sistema informativo del Ministero della Salute al congresso della Società di telemedicina ha confermato che il Fascicolo sanitario elettronico, il cui regolamento tecnico è attualmente alla firma del premier Matteo Renzi, è considerato livello essenziale di assistenza: le regioni che non rispettassero i tempi previsti per realizzare l'infrastruttura entro giugno 2015 non potranno fruire dei finanziamenti aggiuntivi nel Fondo sanitario nazionale. Ma si lavora anche ai pagamenti online dei farmaci e delle prestazioni sanitari e alla de materializzazione delle ricette che ha per corollario la possibilità per ogni paziente di spendere la prescrizione del suo curante nelle

farmacie di qualsiasi regione ove egli si trovi.

Mauro Miserendino

Apertura studi medici: niente più vincoli territoriali

Studi medici libero professionali e laboratori privati, anche non accreditati per il servizio sanitario pubblico, non possono sorgere dove il professionista crede: oltre all'autorizzazione regionale per i requisiti igienico sanitari ci vuole, o meglio ci voleva fin qui, un'autorizzazione della regione che sancisca preventivamente il rispetto del fabbisogno delle strutture del tipo indicato. Ora le cose cambiano. Il decreto legge 90 appena entrato in vigore (semplificazioni, gazzetta ufficiale 25 giugno) all'articolo 27 comma 2 ha tolto l'obbligo che vincolava il professionista ad ottenere il placet regionale, previsto all'articolo 8-ter della legge 502/92. La regione aveva facoltà di valutare l'utilità del progetto del medico "in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti", un po' come per la frequenza delle farmacie e il rapporto ottimale dei medici convenzionati. Ora resta per il professionista la necessità di farsi autorizzare i soli requisiti igienico-sanitari.

Esprime perplessità **Francesco Lucà**, coordinatore di Fassid, federazione che raggruppa i sindacati di radiologi (Snr), laboratori (Aipac) medici del territorio Simet, Sinafo e psicologi Aupi: «E' buona cosa non ostacolare la libertà d'impresa, ma è un po' tardi. Il professionista singolo che avrebbe potuto giovarsi della norma non c'è più. Radiologi e altri specialisti non aprono più studi per conto proprio, e chi apre in genere è una struttura societaria orientata al business. C'è il rischio che si incrementi un'offerta di prestazioni sanitarie orientate non tanto ai bisogni degli italiani, che oggi spendono già 27 miliardi annui di tasca propria per le cure, quanto a logiche di mercato».

«Il decreto non nasce per gentile concessione del governo ai fini di una "semplificazione", ma mette fine a un sopruso a lungo attuato dalle regioni anche sulle strutture che non avevano vincoli con il Ssn in nome di una presunta necessità di programmazione», afferma per contro **Renato Mele** odontoiatra esperto di temi autorizzativi che per anni ha trattato come Andi con la Regione Toscana. «Questa parola fine era già stata posta da una sentenza del consiglio di stato, la 550 del 29 gennaio 2013, la quale afferma che il limite alle autorizzazioni – non relative ad accreditamenti con il Ssn- non è solo la tutela del diritto alla salute prevista all'articolo 32 della Costituzione (che si estrinseca attraverso il rispetto dei requisiti igienico-sanitari, mantenuto), ma anche il diritto del professionista ad esercitare liberamente l'iniziativa d'impresa sancito all'articolo 41 della Costituzione e fino ad oggi calpestato».

Mauro Miserendino

In Ue crescono le denunce per malasanità. Aogoi: serve una direttiva

Una Direttiva europea che uniformi responsabilità professionale e coperture assicurative a tutela dei medici e dei pazienti. A chiederlo l'Aogoi (Associazione dei ginecologi italiani) in occasione del Convegno europeo svoltosi ieri a Roma sulla responsabilità professionale. I numeri del contenzioso, del resto, sono inequivocabili. Il fenomeno del contenzioso medico legale e delle denunce è cresciuto tra il 200% e il 500% in Germania, Italia e Spagna. Ma anche spostandosi a Nord, pur con numeri meno clamorosi, i dati parlano di una crescita del 50% in Gran Bretagna e nei paesi Scandinavi. Di pari passo cresce il costo della copertura dei sinistri, stimato in misura superiore al 200% dallo European Hospital and Healthcare Federation (Hope) Standing Committee. «Per cominciare una legge è indispensabile in Italia e su questo fronte le autorità presenti oggi, dal ministro ai sottosegretari, hanno preso l'impegno che ci sarà in brevissimo tempo» sottolinea il presidente Aogoi **Vito Troiano**. L'evento organizzato da Aogoi ha messo per la prima volta attorno a un tavolo rappresentanti di diversi paesi europei, Belgio, Francia, Germania, Malta, Spagna, Regno Unito. «Insieme abbiamo creato il primo network europeo sul tema e abbiamo realizzato un documento condiviso affinché ci sia un monitoraggio della situazione sul fronte delle denunce e dei contenziosi» riprende Troiano. «L'obiettivo è quello di estendere ad altre nazioni che vorranno aderire successivamente. Del resto» conclude «di fronte a tale drammatica evoluzione, l'Unione europea è rimasta fin qui pressoché inerte sia sul piano legislativo sia su quello delle proposte di sistemi operativi, volti alla conoscenza e alla soluzione dei problemi posti. Mancano, sia a livello assicurativo che delle singole nazioni, report dedicati e capaci di monitorare il fenomeno».

Marco Malagutti

VERSO UNA «MEDICINA NARRATIVA» CHE AIUTI IL CAMMINO DEL PAZIENTE

 Se nel compilare la cartella clinica di un paziente si prendesse nota anche della sua vita privata, emozioni e delusioni, amori, preoccupazioni, letture e film preferiti, si creerebbe quell'empatia necessaria a rendere più efficaci le cure (e ridurre anche tempi di guarigione e degenza). La vera alleanza terapeutica sarebbe compiuta e la fiducia medico-paziente tornerebbe a prevalere. Il malato torna a essere persona, e non numero o malattia. Il medico torna amico e non «estraneo».

È la filosofia di base della sempre più emergente Medicina narrativa, o *Narrative based medicine (Nbm)*. La sua prima comparsa in letteratura scientifica con questa denominazione risale alla fine degli anni '90 in una raccolta di articoli pubblicati sul *British Medical Journal*. Le sue radici vanno cercate negli Stati Uniti e, in particolare, nel terreno fertile della *Harvard medical school*, dove questa disciplina è nata grazie all'opera di due psichiatri e antropologi, Arthur Kleinman (1980) e Byron Good (1999), subito diventati punti di riferimento irrinunciabili per chiunque si interessi alla narrazione in ambito inedico. Oggi è questa la *nouvelle vague* della sanità. Ai congressi si mettono in scena *performances* con malati e medici, sul web fioccano siti e blog che raccolgono storie di pazienti e confronti con medici. Per esempio, sul diabete ([il tuo diabete.it](http://iltuodiabete.it)) o sull'asma allergico grave (spirami.it), in scena va sia la capacità del medico di comprendere le storie dei pazienti, sia la capacità e la volontà del paziente a raccontare la propria storia. Le testimonianze, poi, se correttamente raccolte, interpretate e analizzate attraverso apposite tecniche e metodologie, possono contribuire a migliorare i percorsi di assistenza e cura.

Ma le prime visite devono durare tempo, creare e feeling, essere un rito di ascolto reciproco. E c'è anche una *mudé in Italy*: Rosalba Panzieri, psicologa e scrittrice, ha creato «Letteratura e teatro in corsia», laboratorio mirato a migliorare le terapie anche con l'arte.

Mario Pappagallo

 Mariopeps

Enti locali e Asl, al via 100 verifiche sulle spese

Spending

Partono le prime richieste congiunte firmate da Cottarelli e Cantone (Anac)

VINCENZO R. SPAGNOLO
ROMA

Lavora lontano dalla grancassa dei media, il commissario straordinario di governo per la revisione della spesa pubblica Carlo Cottarelli, preparando le prossime mosse da giocare entro luglio. La prima, in ordine di tempo, riguarda la fondamentale partita della spesa degli enti locali e delle amministrazioni dello Stato: prosegue infatti l'iter per individuare i «prezzi benchmark» (da usare come parametro per l'acquisto di beni e servizi) e per restringere i 32 mila centri di spesa attuali a soli 35 «oggetti aggregatori» fra i quali dovrebbero entrare la Consip e le 20 regioni italiane. Cottarelli ha preparato una proposta che presenterà venerdì a palazzo Chigi, che dovrebbe poi confluire in un Dpcm, originalmente atteso per il 24 giugno.

Ma sono anche partiti i controlli sulle spese effettuate. La lente d'ingrandimento, affidata in passato all'Autorità di vigilanza sui lavori pubblici ("chiusa" dal governo Neri vi col decreto sulla R.A., che ne ha trasmesso i poteri all'Authority nazionale anti corruzione) è ora transitata nelle mani di Raffaele Cantone, che ha tenuto una prima riunione col commissario per le Spending review. I due hanno preparato tante lettere che partiranno entro la prossima settimana, indirizzate ad altrettanti enti pubblici (ministeri, enti locali e Asl), con la richiesta di visto-

nare i contratti di alcuni acquisti, ipoteticamente viziati da irregolarità per due ragioni: alcuni enti, tenuti a effettuare spese passando per la Consip, non lo avrebbero fatto; altri, come i comuni che possono operare «fuori Consip», non avrebbero però rispettato la clausola che consente l'acquisto solo a prezzi più bassi di quelli standard. Una volta pervenuti i contratti degli enti, altre verifiche più dettagliate potrebbero essere effettuate dalla Guardia di Finanza.

Una seconda partita dovrà concretizzare la sfida lanciata dal premier Matteo Renzi («Porteremo le società partecipate dagli enti locali da ottomila a mille»). Le stime della Corte dei conti parlano di una galassia ancora più ampia, 10 mila società, con un esercito di 20 mila amministratori (in molte aziende il loro numero supera quello dei dipendenti). In teoria, le partecipate dovrebbero occuparsi di fornire elettricità, acqua, gas, trasporti pubblici urbani o rifiuti. Ma solo il 20% (per un fatturato totale del 50%) rientra nelle cinque categorie base. Il restante 80% svolge attività d'altro genere, a volte poco relazionate con i servizi pubblici. Il diavolo, si sa, si nasconde nei dettagli e Cottarelli l'ha potuto verificare, compilando una lista di 320 partecipate «eterogenee»; da quelle che producono prosciutti, uova, latte o vino, fino alle agenzie turistiche. C'è poi un'altra sfida che appassiona il commissario, quella dell'illegittimità pubblica: comuni e province spendono 2 miliardi di euro in elettricità (il consumo in kWh in Italia è il doppio della Germania). Criteri di «efficientamento» (perduta in gergo tecnico, perché ciò fu risparmiare, secondo Cottarelli, 200 milioni nel 2015 e altri 300 nel 2016, razionalizzando i consumi ma senza lasciare l'Italia al buio).



Carlo Cottarelli



Staminali del sangue, la rivoluzione

La scoperta del Bambino Gesù con la possibilità per i genitori di donare sempre le cellule ai figli è una svolta dai numerosi risvolti. Parla il capo dell'équipe Locatelli

I bambini affetti da alcune malattie di origine genetica potranno ricevere il trapianto delle cellule staminali direttamente dai genitori. Grazie a una nuova procedura di trattamento cellulare messa a punto dall'équipe di Franco Locatelli, direttore del Dipartimento di Oncoematologia pediatrica dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, e applicata per la prima volta al mondo proprio nel nosocomio della Santa Sede, anche i piccoli pazienti che non trovano un donatore idoneo avranno una speranza di guarigione completa. «È un'ulteriore arma a disposizione per tutte le malattie correggibili con un trapianto emopoietico e per disincentivare le interruzioni di gravidanza», spiega Locatelli, soddisfatto per i risultati già ottenuti su entrambi i fronti. Professore, la vostra scoperta può rivoluzionare le aspettative e la qualità di vita di centinaia di bambini in Italia e nel mondo.

Quello che abbiamo fatto è rendere più efficace e sicuro il trapianto anche da un soggetto - nel caso specifico un genitore - che non condivide una compatibilità immunogenetica con il ricevente. Per tanti anni è stato questo il vero vincolo: si realizzavano trapianti da un fratello o una sorella compatibile o da un dona-

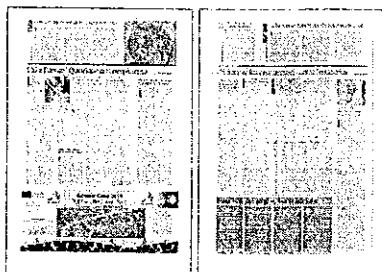
tore immunogeneticamente compatibile, reperito al di fuori della famiglia. Con questo nuovo approccio siamo riusciti a rendere il trapianto largamente più utilizzabile, con percentuali di successo almeno comparabili o addirittura superiori a quelle ottenibili con gli approcci convenzionali.

Un'ulteriore conferma che le staminali adulte possono aprire scenari persino inaspettati?

Il trapianto di cellule emopoietiche ha cambiato la storia naturale di tantissime malattie o salvando pazienti da morte certa, come per le leucemie acute, le aplasie midollari, in certe condizioni in cui il midollo smette di produrre normalmente cellule del sangue, le immunodeficienze primitive, nel caso cioè dei bambini che nascono senza difese immunitarie; oppure migliorando significativamente la qualità di vita. Un esempio su tutti è quello dei talassemici, che grazie al trapianto riescono a raggiungere un'indipendenza trasfusionale.

Si tratta di una strada antitetica a quella proposta da chi sostiene che le malattie genetiche debbano essere prevenute selezionando gli embrioni in provetta ed eliminando quelli malati...

Il nostro è stato un appoggio etico. Siamo partiti cioè dalle malattie più difficili, che non avevano un'alternativa. Con il livello di confidenza nei risultati che abbiamo ottenuto possiamo allargare l'applicazione anche a quelle malattie in cui il trapianto non è un trattamento salvavita ma è migliorativo della qualità di vita: per esempio nel caso della talassemia, in cui c'è un'alternativa, cioè le tra-



sfusioni e la terapia chelante, ma dove comunque il trapianto, se coronato da successo, comporta un significativo miglioramento della qualità di vita.

Che tempi prevede?

Già nei prossimi - pochi - mesi, anche perché completeremo questo approccio per favorire ulteriormente il recupero immunologico dei malati, quindi proteggendoli ancora di più.

Pensa che sarà possibile allargare in futuro lo spettro delle malattie curabili con le staminali adulte?

Io nella medicina rigenerativa ovviamente credo molto. Però deve essere assolutamente perseguita nei modi e nei tempi corretti, cioè con le dovute sperimentazioni in vitro, in modelli animali, con dati riproducibili, solidi, passati al vaglio delle riviste internazionali, per evitare che si ripetano vergogne come il caso Stamina. Questa vicenda non solo ha fatto leva sulla disperazione delle famiglie che, vivendo il dramma dei propri figli, sono pronte ad accettare qualsiasi iniziativa che possa creare una minima speranza, ma ha anche portato larghissimo discredito sulla comunità scientifica italiana in ambito internazionale.

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA