

Tonini: quel clone non è un embrione

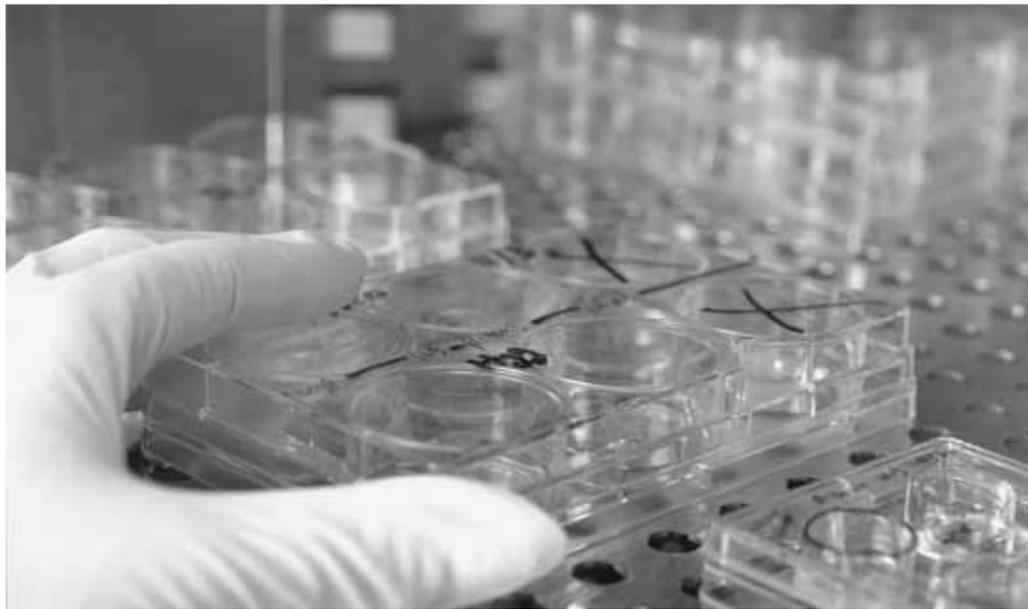
Lo scivolone del cardinale che smentisce il Vaticano sull'inizio della vita

Cristiana Pulcinelli

Martedì 27 novembre, ore 9 (circa) del mattino. La Radio svizzera manda in onda una puntata del programma «Modem» dedicata al tema bollente della clonazione. Ospiti: Maurizio Mori, bioeticista, Cesare Galli, il veterinario che qualche anno fa clonò il toro Galileo, Carlo Alberto Redi, direttore del laboratorio di biologia dello sviluppo di Pavia, Gianni Vattimo, filosofo, Piero Bianucci, giornalista, e il cardinale Ersilio Tonini.

Ore 9,25 circa. La puntata corre via liscia come l'olio: ognuno esprime la sua opinione più o meno favorevole al tentativo di clonazione terapeutica avvenuto negli Stati Uniti, quando la parola viene data a Ersilio Tonini. E qui le orecchie si drizzano perché il cardinale inizia il suo intervento dicendo che l'esperimento che ci è stato presentato come una grande novità, già sul giornale di oggi si sgonfia. Angelo Vescovi la definisce una «bufala». Del resto, già Dulbecco ci aveva avvertito, prosegue Tonini: gli scienziati non sono riusciti a formare se non 6 cellule, «non sono arrivati neppure alla blastocisti, condizione minima perché si possa parlare di embrione vero e proprio». Come come? Ma nel comunicato della Santa Sede diffuso solo due giorni fa non c'era scritto che «è necessaria una valutazione che mostri la gravità morale di questo progetto»? Sì, dice Tonini, ma perché si dava per certa una cosa che invece certa non è. «Il dibattito è sempre interessante, ma ancora non ci sono arrivati». Va bene, ma il documento conteneva anche qualcos'altro. Ribadiva con forza il fatto che «L'inizio della vita umana non può essere fissato per convenzione, esso si situa già al primo istante di vita dell'embrione stesso». Ora, invece, il cardinal Tonini ci dice che a sei cellule l'esperimento è fallito, il che vuol dire che gli scienziati del Massachusetts non hanno prodotto niente di cui dobbiamo preoccuparci, e che fino a che non si arriva alla fase di blastocisti non si può dire neanche embrione. Sorge una domanda: quando si può parlare di blastocisti? A 4-6 giorni dal concepimento, dicono i biologi. Si potrebbe affermare, allora, che fino a 6 giorni dopo il concepimento non ci troviamo di fronte a un nuovo essere umano. Detto da un così autorevole esponente del Vaticano, non è cosa da poco.

Se ne accorge, infatti, Maurizio Mori che sottolinea il fatto: «Il cardinal Tonini ha smentito le cose dette finora dalla Chiesa». In effetti si tratta di sei cellule, ma sono sei cellule di



quello che si definisce un preembrione, ovvero l'insieme di cellule prima che si impiantino nell'utero, a 14 giorni dal concepimento. Ma proprio sul preembrione si gioca una partita decisiva: la distinzione dei biologi, infatti, non è accettata dalla Chiesa che la considera un trucco per consentire la sperimentazione. L'embrione, dice il Vaticano, va difeso dal momento del concepimento.

Il cardinale è seccato: «io non ho detto questo», ma il pasticcio è fatto. Tonini riprende il controllo e dichiara: «La cosa che veramente importa è se l'embrione è considerato un essere umano o no». E aggiunge: «La Chiesa difende l'embrione, ma non è sola, anche la Commissione del Parlamento europeo ha affermato che la di-

Al lavoro da ieri la nuova commissione sulle cellule staminali voluta da Sirchia. Nessun membro riconfermato

struzione di embrioni non è ammessa perché l'essere umano è sempre un fine e mai un mezzo».

Qui la questione si fa filosofica. Viene chiamato in causa Gianni Vattimo: «Il rispetto che è dovuto alla persona è rispetto della sua libertà - dice - l'embrione non è titolare di libertà di scelta: non si può consultare. In questi casi ci vogliono regole politiche che diano assicurazione di libertà per tutti, anche ai malati di poter essere curati». Già, perché bisogna prima di tutto essere chiari sulla distinzione tra clonazione terapeutica e clonazione riproduttiva: «Si inorridisce l'opinione pubblica - continua Vattimo - facendo pensare alla creazione di tante Dolly umane, ma non è così: la clonazione terapeutica è un tentativo di produrre rimedi a malattie gravi. In questo senso è un tentativo etico, se è vero, come è vero, che l'etica ha come mira: fai tutto per amore del prossimo». Per fare questo occorre distruggere dei preembrioni? «La Civiltà umana è andata avanti anche prendendosi delle responsabilità sulla vita. Del resto, l'opinione pubblica si è già pronunciata sull'interruzione volontaria di gravidanza e il danno procurato al pre-embione è molto minore rispetto a quello procurato dall'aborto».

Di cellule staminali si occupa da

ieri anche la commissione di esperti insediata dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia. Dovrà formulare pareri e proposte sulla rete nazionale di banche di cellule staminali e sull'utilizzo clinico-terapeutico delle cellule raccolte. Dovrà inoltre destinare i 5 miliardi di lire, stanziati ogni anno dal governo. Della nuova commissione non fa parte nessuno dei membri della precedente Commissione Dulbecco. Presidente è stato nominato Enrico Garaci, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità. Gli altri nomi sono: Alberto Albertini, dell'Università di Brescia; Roberto Colombo, dell'Università Cattolica di Roma; Carlo Croce, direttore del Kimmel Cancer Center di Filadelfia (USA); Elisabetta Dejana, direttore del laboratorio di biologia vascolare dell'Istituto Mario Negri di Milano; Michele De Luca, dell'Idi di Roma; Robin Foà dell'Università La Sapienza di Roma; Carlo Pafumi, dell'Università di Catania; Eugenio Parati, dell'Istituto "Carlo Besta" di Milano; Cesare Peschle, direttore del Laboratorio di ematologia e oncologia dell'Istituto superiore di sanità; Paolo Rebutta, dell'Ospedale Maggiore di Milano; Luigi Rossi-Bernardi, dell'Università di Milano; Angelo Vescovi, Co-direttore dello "Stem Cell Research Institute" dell'Ospedale S. Raffaele di Milano.

Ritirati i farmaci a base di Cisapride

Sono stati «sospesi» dal ministero della Salute i farmaci contenenti un principio attivo sospettato di avere gravissimi effetti collaterali, il Cisapride. Su questi prodotti, destinati alla cura di disturbi gastro-intestinali, è in corso da agosto un'inchiesta della Procura di Torino che corre parallela a quella sul Lipobay prodotto dalla tedesca Bayer. Un decreto pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale del 10 novembre sospende «a tutela della salute pubblica» tre medicinali a base di Cisapride. Un rapporto in mano al pm Raffaele Guariniello afferma che in diversi paesi del mondo sono stati segnalati centinaia di casi di «reazioni avverse», in prevalenza disturbi cardiaci che in alcune occasioni hanno portato alla morte del paziente. Il magistrato ha chiesto al ministero se in Italia siano stati registrati episodi analoghi.

segue dalla prima

Il lungo cammino della scienza

Articolo che recita: "L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento". Essa è presente in molte Dichiarazioni universali che condividono questa affermazione. Nessuno, infatti, può arrogarsi il diritto di decidere i limiti del sapere umano.

Da oltre cinquant'anni, invece, gli scienziati stessi e poi gli stati e le istituzioni internazionali hanno stabilito, in due direzioni, regole e limiti del fare: nei metodi che vengono usati per ampliare le conoscenze scientifiche e nelle applicazioni pratiche di tali conoscenze. In qualche modo, ciò ha funzionato. Quasi tutti riconoscono per esempio che non si può sperimentare su esseri umani senza il loro consenso, e quasi tutti giudicano sanzionabile la produzione di microbi e di virus allo scopo di diffondere epidemie. C'è ancora chi compie questi atti, per esempio industrie farmaceutiche che quali sperimentano su persone ignare che vivono in paesi poveri e permissivi, o governi che ostacolano o violano gli accordi contro le armi batteriologiche. Ma le norme universali esistono, e attendono solo di essere applicate in ogni caso, in ogni direzione e in ogni tempo. Anche quando non c'è la minaccia del terrorismo biologico.

Negli ultimi anni, la scienza ha aperto molte nuove frontiere alla conoscenza e ha creato nuovi interrogativi, teorici e pratici, che non hanno ancora avuto un'adeguata risposta sul piano dell'etica e del diritto. Mi riferisco soprattutto alle biotecnologie, alla conoscenza del genoma umano e agli usi delle cellule staminali. Per certi aspetti questa sfasatura è naturale, ma per altri c'è il rischio che gli interessi dominanti (soprattutto quelli industriali e finanziari) sovrappongano ogni valore e creino situazioni ingiuste e irreversibili, che dai luoghi dove nascono si propaghino nello spazio terrestre e nel tempo delle generazioni future.

Da ciò nasce l'esigenza che siano elaborati principi e regole che abbiano valore universale. La loro carenza, purtroppo, si è manifestata anche in altri campi. La sostituzione dei compiti e dei poteri delle Nazioni Unite con gli organismi bancari e commer-

ciali e con le riunioni dei G8, infatti, ha avuto conseguenze disastrose sulla sicurezza del mondo, sull'equità fra i popoli, sul rispetto dei diritti umani.

In relazione al progresso scientifico, le norme morali e giuridiche di valore universale non devono essere pervasive e invasive. Forse basterebbe limitarsi a pochi punti esemplari. Per le biotecnologie, promuoverne la ricerca e l'uso senza alterare l'equilibrio ambientale e senza ridurre la biodiversità delle specie vegetali e animali. Per il genoma umano, garantire che l'accesso alle informazioni da parte degli scienziati sia libero e gratuito, che le differenze genetiche non siano fonte di discriminazioni e che le sequenze naturali del DNA non siano oggetto brevettabile. Per le cellule staminali, evitare che le applicazioni terapeutiche siano un pretesto per creare embrioni umani a scopi sperimentali e per aprire la strada alla "clonazione riproduttiva", cioè alla produzione di individui geneticamente pre-determinati ad arbitrio degli scienziati, dei genitori o di chiunque altro.

Per tutte le applicazioni della scienza, inoltre, la domanda "a vantaggio di chi?" viene sollevata ovunque come tema di giustizia distributiva. A questo ha molto contribuito l'esperienza del Sud Africa dove, per lottare contro l'Aids, si è dovuta infrangere la barriera dei brevetti che impedivano di avere a prezzo equo i farmaci necessari per curare i malati.

Il fatto che queste barriere siano state allentate anche sul piano internazionale, come risultato della pressione di molti movimenti che hanno influenzato le decisioni della World Trade Organization, e il fatto che la produzione/distruzione di embrioni avvenuta negli Stati Uniti abbia suscitato indignazione quasi universale, sono due segnali positivi di quel che si può fare. L'Unione europea si è posta all'avanguardia, nella regolazione del rapporto fra scienza e morale, con la Convenzione di Bioetica (Oviedo 1997), che vieta la produzione di embrioni a scopo sperimentale e che quest'anno è stata ratificata dall'Italia e da altri stati. Mi auguro che gli Stati Uniti superino l'assurda "doppia morale", secondo la quale i divieti valgono per le ricerche finanziate dallo stato e non valgono per quelle private, e che contribuiscano anch'essi alla formulazione di norme universali.

Giovanni Berlinguer

L'indagine del Censis, nell'ambito del Forum per la ricerca biomedica: solo il 40,5% delle persone crede nei benefici effetti della devolution sanitaria. Il 94% chiede prestazioni omogenee

Agli italiani non piace il federalismo sanitario, il 60% lo bocchia

ROMA Federalismo sanitario? No, grazie, almeno questa è l'opinione della stragrande maggioranza dei cittadini dell'Italia del centro e del Sud. Solo il 40,5% degli italiani, infatti, e il 25% nel centro e nel sud, pensa che una maggiore autonomia delle Regioni in campo sanitario possa produrre esiti positivi. Al contrario, quasi tutti (il 93,6%) chiedono che le Regioni siano obbligate a garantire prestazioni omogenee. È quanto emerge dal dossier «Federalismo sanitario: anno zero» realizzato dal Forum per la ricerca biomedica del Censis, presentato ieri a Roma.

A definire giusto che i costi delle cure siano diversi nelle varie Regioni è solo un cittadino su 4, mentre quelli disposti a pagare contributi aggiuntivi per avere più prestazioni sono appena il 27%. La strada da compiere nel processo di devolution sanitaria, avverte il dossier, è ancora lunga: le disparità tra una Regione e l'altra, dal punto di vista delle capacità di offerta e di risposta alla domanda, sono ancora «molto marcate». La percentuale di quanti si dichiarano «molto soddisfatti» dei livelli di assistenza, a livello nazionale, oscilla tra il 30,2% rispetto ai servizi igienici ed il 38,5% per l'assistenza medica, passando per il 37% dell'assistenza infermieristica. Ma le differenze tra una Regione e l'altra sono vistose: per i servizi igienici, ad esempio, si va dall'8,3% dei «molto soddisfatti» del Molise, valore minimo, al 54,7% di quelli della provincia di Trento, con valori generalmente più alti al Nord che non al Sud e nelle isole. I pazienti che trovano «comodi» gli orari sono il 67%



del totale (il 49% della Sardegna e l'83% del Trentino), mentre le informazioni ricevute dai servizi lasciano, spesso, a desiderare.

L'effetto sui consumi dell'abolizione del ticket è testimoniato sia dal sostanziale aumento della spesa netta per ricetta, osservato nel primo semestre del 2001, sia dall'incremento del numero di ricette procapite: si tratta, a livello nazionale, di una crescita della spesa vicino al 15% e di un incremento del 19,1% del numero di ricette pro capite. Un capitolo a parte merita l'introduzione, nel sistema di rimborso, dei medicinali non più coperti da brevetto, i cosiddetti «generici», il cui prezzo è in media più basso del 20% di quello dei medicinali «griffati». Nel

dossier sono state prese in esame 6 molecole, pari alla metà del fatturato del mercato: lo screening effettuato in 1.100 farmacie (comparando le prime due settimane di settembre 2001 con le prime due settimane di aprile) conferma che nel periodo in questione la spesa è stata di 13,4 miliardi di lire, circa 3 miliardi in meno rispetto ad aprile, con una diminuzione del 34% della spesa per i prodotti 'patent' e un aumento del 118% per prodotti medicinali 'out patent'. In linea di massima, gli italiani si dicono comunque a favore dell'introduzione di questi medicinali: circa il 70% degli intervistati si dice, ad esempio, non disposto a sborsare una somma aggiuntiva per acquistare un farmaco brevettato.

Toscana

Niente ticket e nuove tasse. Ecco il piano del 2002-04

Marco Bucciantini

FIRENZE «Venga pure il ministro Sirchia, venga a vedere il modello sanitario toscano. Venga a vedere il Piano sanitario per i prossimi tre anni: siamo fieri della nostra autonomia ma anche pronti a collaborare».

È così, con questa fierezza che il governatore della Toscana Claudio Martini e l'assessore alla salute Enrico Rossi presentano il piano sanitario 2002-04. È il primo piano con il centro destra al governo: «C'è tutta la filosofia della via toscana alla salute - ammette l'assessore Rossi - dall'universalità dell'accesso, che rafforziamo con una rete di percorsi assistenziali che coprono praticamente tutto il territorio, alla volontà di spostare risorse in senso extraospedaliero, alla centralità di obiettivi di salute come la protezione dell'ambiente, l'educazione a giusti stili di vita, il potenziamento dell'assistenza per gli anziani». A tramutare le belle parole in fatti concreti ci penserà una struttura creata

ad hoc: la società della salute. Comuni, aziende sanitarie, parti sociali e medici di famiglia: assieme, gestiranno la rete territoriale. È un piano da 9 mila 100 miliardi per il 2002, e a salire nei due successivi (l'80% dell'intero bilancio): «Tutto sarà fatto - promette Martini - senza aumentare tasse o rincarare i ticket (le manovre che il governo concede alle regioni che sfiorano i tetti di spesa fissati), perché tutto sarà fatto con le risorse a disposizione». Qualche centinaio di miliardi arriverà dalla riorganizzazione delle strutture, con la holding per la salute, che concentra le attività «burocratiche» e gestionali - ma anche di alta specializzazione - delle 12 aziende sanitarie e delle 4 ospedaliere in tre strutture che copriranno le macro aree (nord, sud e costa) della regione. Queste economie saranno risorse per la rete territoriale di assistenza e prestazioni. Perché «arrivare ovunque è il postulado del modello toscano» dicono Rossi e Martini. Si sottintende: proprio l'opposto di quello che fanno in Lombardia.

Piemonte

La Regione aumenta l'Irpef per pagare il decifit 2001

ROMA La Regione Piemonte quasi certamente aumenterà l'Irpef fino allo 0,5% per risolvere il deficit del bilancio sanitario 2001 stimato intorno ai 343 miliardi di lire contro i 1.204 miliardi del 2000. Ad annunciarlo, ieri, è stato il presidente della Regione, Enzo Ghigo (Fi) intervenendo in Consiglio Regionale. L'altra strada indicata da Ghigo per risolvere il problema è la compartecipazione dei costi della spesa farmaceutica per i medicinali compresi nella fascia B (esclusi i salva vita n.d.r.), oppure una mescolanza di entrambi i provvedimenti. «La scelta verrà fatta - ha detto Ghigo - dall'esecutivo nei prossimi giorni».

E intanto i direttori generali delle aziende sanitarie piemontesi dovranno tornare a scuola per apprendere i requisiti manageriali previsti dal nuovo piano socio sanitario regionale. Gestire la sanità è complicato, dunque, meglio qualche lezione.

«Si tratta di fornire - ha spiegato il presidente Ghigo - sia agli attuali, sia agli aspiranti direttori generali, elementi di approfondimento su temi inerenti la propria

attività, dall'organizzazione dei servizi sanitari, agli strumenti gestionali, dalla valutazione dell'impatto economico delle scelte gestionali, all'interrelazione con altri enti istituzionalmente connessi all'attività aziendale».

La giunta regionale ha affidato all'agenzia per i servizi sanitari il incarico di organizzare e gestire il corso avvalendosi della collaborazione delle università piemontesi. L'intesa regione-università avrà una validità triennale, rinnovabile. Il corso di formazione, terzo in Italia, dopo quelli avviati da Lombardia e Lazio, si articola in centotrenta ore, un quarto delle quali dedicate allo studio dell'impatto economico delle decisioni assunte dalle aziende sanitarie.

«L'iniziativa - ha detto ancora l'assessore alla sanità Antonio D'Ambrosio - colma il ritardo accumulato negli anni passati: tra il '92, quando fu creata la figura del direttore generale, ed il '95, anno di partenza dell'aziendalizzazione, Stato e Regioni non hanno fatto nulla per formare i manager. E questa è stata la causa degli sfarimenti della spesa sanitaria».