Libertà di salute.
Sanità: tra centralismo e devoluzione

Venerdì 25, ore 15.00

Relatori:
Mauro MAZZA,
Vice Direttore TG1

Umberto VERONESI,
Ministro della Sanità

Roberto FORMIGONI,
Presidente Regione Lombardia

Mazza: Quale realtà ha trovato nel suo impatto con la sanità?

Veronesi: Un giudizio sulla sanità italiana non credo sia facile: tutti conoscete i punti deboli di questa gigantesca organizzazione, la macchina più importante d'Italia, perché riguarda 1.200.000 dipendenti, un migliaio e più di ospedali, circa 200 unità sanitarie locali, 20 assessorati e un ministero; immaginate come sarà difficile mettere questa gigantesca macchina in moto verso una sanità ideale.

Cosa ho trovato al mio arrivo? Ho trovato anzitutto molte diversità, come era inevitabile; ci sono delle regioni dell'Italia, soprattutto le regioni del nord est, quindi la Lombardia, l'Emilia Romagna, la Toscana, nelle quali la sanità è ragionevolmente di buon livello. Altre regioni lo sono meno: ci sono delle sacche d'arretratezza, ci sono delle difficoltà intrinseche, quasi culturali, ci sono troppi viaggi della speranza, ci sono quantità enormi di pazienti che lasciano la propria regione per andare in altre a farsi curare… questi sono segnali molto negativi, e il mio compito è proprio quello di rimettere in moto dei meccanismi tali per cui con una sorta di spirale ascendente, di circolo virtuoso e non vizioso, si possano raggiungere buoni risultati.

Ovviamente sarà un processo complesso: il fatto che un medico sia adesso al ministero della sanità credo possa creare eccessive aspettative in termini brevi; comunque sono certo che a lungo e anche medio termine qualcosa di buono riusciremo a ottenere.

Mazza: In questo circolo virtuoso che lei auspica, c'è qualche margine per incrementare, per recuperare o per creare, anche da parte dei medici, una libertà di scelta che questa riforma Bindi sembra comprimere, ridurre, creando di conseguenza malcontento fra gli addetti ai lavori?

Veronesi: Anzitutto, ho trovato una legge, già fatta in Parlamento e quindi operativa, alla quale ho tentato di apporre qualche correttivo, pur con risultati abbastanza limitati: la legge riguarda la scelta del paziente verso il proprio medico, in ospedale, e contemporaneamente l'esercizio della libera professione all'interno dell'ospedale, che può essere esercitata anche con una certa larghezza; il problema è di creare immediatamente una struttura ospedaliera e una mentalità ospedaliera per cui questo si realizzi.

Di tutti gli aspetti di questa legge, la legge 229 o "legge Bindi", alcuni mi hanno sempre visto piuttosto perplesso, come per esempio una sorta di appiattimento all'interno dell'ospedale delle diverse figure, con una riduzione della gerarchia che invece dovrebbe esistere in un ospedale per farlo funzionare bene; altri aspetti invece mi hanno trovato nel complesso concorde, come il fatto che chi lavora in ospedale debba lavorare solo in ospedale: la mia immagine di medico ospedaliero in un mondo competitivo è infatti quella di un medico che nell'ospedale operi, lavori, visiti ma che anche studi, che stia in biblioteca, che si aggiorni, che insegni agli infermieri, che partecipi a discussioni, che programmi il futuro dell'ospedale… e questo richiede un tempo pieno.

Detto questo, rimane vero che bisogna salvaguardare la figura del medico nella sua predominante posizione culturale all'interno dell'ospedale e quindi creare dei forti incentivi per la sua produzione scientifica e per la capacità di insegnamento e di formazione.

Mazza: Sembra esistere un modello Lombardia della sanità. Chiedo a Formigoni di spiegarcelo brevemente. Vorremmo inoltre sapere cosa risponde alle critiche di chi afferma che la sanità ha in Lombardia sfondato la spesa prevista.

Formigoni: Abbiamo varato la nostra legge di riforma sanitaria nel luglio 1997, ed essa è entrata in funzione il 1° gennaio 1998, quindi da due anni e mezzo, un periodo ancora non sufficientemente lungo ma comunque sufficiente per giudicare i primi risultati di questa scelta che abbiamo fatto e da cui abbiamo ottenuto molto.

Quali sono le caratteristiche fondamentali della nuova impostazione sanitaria della regione Lombardia? Schematizzando sinteticamente sono tre: la prima novità l'abbiamo fatto pensando ai cittadini, perché consiste nel cercare di dare ai cittadini il maggior grado di libertà nello scegliere il come, il dove e da chi farsi curare: riteniamo infatti, in coerenza con la nostra impostazione culturale di fondo che il servizio sanitario nazionale o regionale sia un servizio reso dallo Stato o dalla regione, e che dunque debba essere un servizio dallo Stato e dalla regione al cittadino,

salvaguardando la sovranità del cittadino e fondandosi sul diritto sacro e inviolabile del cittadino a scegliere della propria salute e a chi affidare la cura di questa salute.

Il secondo pilastro nella gestione del servizio sanitario nazionale è la separazione tra l'acquirente e l'erogatore, ed è uno degli elementi che contraddistinguono la nostra riforma come una riforma di stampo europeo rispetto invece alle caratteristiche delle impostazione del servizio sanitario nazionale; abbiamo distinto la funzione degli ospedali che sono incaricati di erogare le cure per i malati, dalle funzioni delle aziende sanitarie locali che hanno invece il compito di pagare gli ospedali per le loro prestazioni e nello stesso tempo di controllare che gli ospedali spendano bene i soldi che in fondo sono soldi dei cittadini.

Il terzo pilastro è l'accreditamento di alcune grandi strutture private: abbiamo potuto farlo per la tipicità della regione Lombardia, come di altre regioni italiane, tipicità che consiste nell'esistenza di strutture sanitarie ospedaliere private di gran nome, che abbiamo inserito nel circuito del servizio pubblico: la regione si fa carico di pagare le prestazioni che queste strutture private erogano in favore di cittadini, dando nel concreto la possibilità ai nostri cittadini, anche ai meno abbienti o ai nulla tenenti, di potersi rivolgere alle strutture private quando ne hanno bisogno. Fino a ieri la struttura privata era accessibile soltanto dietro il pagamento di cospicue rette, perché la sanità costa; oggi invece è del tutto gratuita per i cittadini non abbienti o prevede la necessità di pagare un ticket solo per alcune categorie. Questo meccanismo è la quarta caratteristica all'interno di un sistema di controlli sulle prestazioni degli ospedali che la regione Lombardia ha via via perfezionato e che fa sì che il nostro sistema sia molto più simile all'Europa di quanto non sia il sistema sanitario nazionale, grazie a questi tre pilastri: libera scelta ai cittadini, separazione tra acquirente ed erogatore, parità tra gli erogatori. Si tratta di caratteristiche dei sistemi sanitari europei non presenti in Italia, ma presenti in Lombardia.

Dopo due anni e mezzo emergono come primi risultati anzitutto il fatto che noi siamo riusciti ad aumentare il livello quantitativo e qualitativo del servizio sanitario erogato in Lombardia: abbiamo sfondato il muro dei 100 milioni di prestazioni ambulatoriali annue a cui si aggiungono 1.600.000 di ricoveri all'anno; la qualità è tale che oltre il 10% di queste prestazioni effettuate in Lombardia lo sono su cittadini italiani che provengono da altre regioni; se vengono in Lombardia, spesso affrontando lunghi viaggi e una lontananza dalla famiglia è perché hanno l'impressione di trovare salute di qualità superiore.

Tutto questo è stato fatto governando la spesa: non è vero che abbiamo sfondato la spesa; la spesa sanitaria pro capite per il 1999 vede la Lombardia al 15° posto tra le regioni italiane; in questo senso è interessante il fatto che c'è anche stato il più grande sindacato italiano, la CGIL, che dopo il 16 aprile 2000 ha condotto un'indagine tra i propri iscritti; ebbene, con sua somma sorpresa, la CGIL si è accorta che il 60% dei propri iscritti è d'accordo con l'impostazione sanitaria della regione Lombardia; addirittura il 42% degli iscritti alla CGIL in Lombardia ha votato il 16 aprile per chi aveva voluto questa riforma.

Mazza: Vorrei affrontare con i nostri ospiti due rapporti difficili, in parte accennati sia dal professor Veronesi, sia da Formigoni: il rapporto tra pubblico e privato, e il rapporto tra governo centrale e istituzioni regionali.

Formigoni: L'organizzazione statuale italiana e la divisione delle responsabilità fa sì che le regioni possano ancora poco dal punto di vista istituzionale, rispetto alle attese altissime e crescenti dei cittadini; il problema è che purtroppo non abbiamo ancora delle regioni che possono impegnarsi al 100% per rispondere a queste attese; siamo frenati da vincoli, siamo ingabbiati in situazioni che ci impediscono di dare la risposta intera che i cittadini si attendono da noi. Recentemente, noi presidenti di regione abbiamo molto parlato di devoluzione in materia sanitaria; peraltro, già la costituzione italiana del 1948 prevede che la sanità sia materia trasferita alle regioni: non è materia delegata in cui la delega possa essere ritirata, è materia trasferita, e quindi quando le regioni chiedono di poter esercitare fino in fondo la propria responsabilità non chiedono un cambiamento istituzionale, chiedono semplicemente che la costituzione sia attuata pienamente.

Con il ministro Veronesi, che è in carica da qualche mese, abbiamo ottenuto un rasserenamento dei rapporti istituzionali e la possibilità di un dialogo che negli anni precedenti si era del tutto perso; tuttavia, come ha già ricordato il ministro stesso, lui si trova ad agire in un quadro normativo che non è di nostra soddisfazione. La sanità italiana è un grande malato che avrebbe bisogno di cure drastiche, e il rapporto tra pubblico e privato è uno degli aspetti della malattia della sanità italiana. La sanità italiana, che dal punto di vista della legge è totalmente a carico del sistema pubblico, vede invece ancora un fortissimo esborso da parte dei cittadini: lo Stato italiano spende circa 120 mila miliardi l'anno per finanziare il sistema sanitario nazionale; i cittadini però tirano fuori di tasca loro dai 50 ai 55 mila miliardi l'anno. C'è un indice altissimo di insoddisfazione del cittadino che lo spinge a tirare fuori di tasca sua; a spendere di più sono proprio le categorie dei cittadini più deboli, nelle regioni più deboli. I cittadini pagano due volte le disfunzioni di un sistema centralista che non ha permesso fin qui le sperimentazioni.

Veronesi: Il sistema pubblico paga lo scotto di una decadenza strutturale: nessuno può nascondersi il fatto che gli ospedali italiani in buona parte non sono efficienti e sono stati abbandonati; questo il cittadino, il paziente, lo percepisce e lo verifica, anche tenendo conto del fatto che qualche volta queste valutazioni di insoddisfazioni possono essere viziate dal tipo di patologia, poiché spesso il grande ospedale ricovera i pazienti più gravi, mentre le case di cura o l'ospedale privato tendono a ricevere i pazienti con certe condizioni patologiche meno gravi. Questo può influire sull'aspetto di gradimento: tuttavia è inutile nascondersi che il futuro va nella direzione che è stata già definita e tracciata da Formigoni.

Questo pubblico strettamente pubblico e piuttosto statalista deve lasciare il posto a strutture più flessibili, come le fondazioni; la fondazione infatti è un organizzazione, un organismo, un ente che offre determinate garanzie allo Stato, non è un'organizzazione selvaggia o in cui un profitto possa vanificare i vantaggi della privatizzazione. La fondazione spesso raccoglie le forze principali di una data regione, città o paese, unendo le forze produttive, il mondo bancario il mondo volontaristico e naturalmente lo Stato stesso. Si determina così una coalizione di interessi che permettono anche un dibatto all'interno dell'organizzazione che deve dirigere l'ospedale. Questa è la direzione: purtroppo non abbiamo molto spazio nella legge per procedere, però tutte le leggi sono superabili, tutto si può di nuovo mettere in discussione, non c'è niente di assoluto.

Il concetto di *devolution* – che significa trasferimento, e trasferimento di autorità, non solamente di gestione – è molto importante, perché bisogna capire dove questo trasferimento di responsabilità e di decisione si colloca: è facile dire che dal governo centrale una parte delle decisioni devono essere trasferite alle regioni, ma le regioni in seguito dovranno decidere quanto trasferire alle aziende sanitarie locali. Si tratta quindi di un processo continuo, non di un unico elemento bivalente o bipolare tra regione e governo. Il problema delicato è capire quanto deve essere deciso a livello centrale e quanto a livello periferico.

Ovviamente decisioni di questo tipo possono essere aiutate solo attraverso il buon senso, la ragionevolezza e la capacità di mettersi attorno ad un tavolo per affrontare i problemi secondo obiettivi ben precisi: non devono esistere guerre ideologiche tra un atteggiamento statalistico e uno regionalistico, occorre viceversa un'intelligente collaborazione. Il dialogo si è aperto molto facilmente tra il ministero e la Lombardia, si basa sul fatto che gli interlocutori hanno la stessa cultura della ragionevolezza, del buon senso, e anche degli obiettivi comuni da raggiungere collaborando e non litigando.

Voglio aggiungere che abbiamo allo studio un progetto molto avanzato, che è quello dell'informatizzazione globale: il sistema sanitario è una macchina gigantesca che non può più essere dominata e regolata se non è informatizzata; dobbiamo fare uno sforzo immediato e notevole per informatizzare tutte le informazione o tutti i dati che riguardano la sanità di tutti i cittadini italiani; solo così sarà più facile a livello centrale capire cosa sta succedendo per quanto riguarda la frequenza delle malattie, la bontà delle guarigioni, i tipi di trattamento, il controllo della spesa.

Mazza: Trova convincente e fino a che punto la *devolution* che ha impostato il professor Veronesi?

Formigoni: Le dichiarazioni del ministro Veronesi in favore di questo processo di nuova attribuzione di poteri conferma l'esistenza di un terreno di dialogo che noi vogliamo percorre fino in fondo; è soprattutto centrale la domanda sul senso della devoluzione. Devoluzione sì, trasferimento di poteri sì, ma per farne cosa? Cosa guadagna il cittadino dal fatto che le competenze in materia sanitaria passino dallo Stato alla regione? Se c'è una possibilità di guadagno per il cittadino, il processo è giusto, altrimenti è un cambiamento che rimane all'interno della società politica. Noi non vogliamo sostituire al monopolio statalista un monopolio regionalista: vogliamo al contrario rompere ogni forma di monopolio nella sanità, dando luogo ad un vero pluralismo a più livelli, pluralismo tra erogatori, pagatori, acquirenti, professionisti, aziende… lasciando al livello pubblico dello Stato, in questo caso della regione, la funzione di regolazione e di controllo.

Mazza: C'è molta attesa su quanto il professor Veronesi vorrà e potrà dirci su un tema che nelle ultime settimane è tornato a dividere prepotentemente le menti e le coscienze.

Dopo che il governo inglese di Tony Blair ha dato il via libera alla clonazione di cellule dell'uomo a scopo terapeutico e dopo che l'amministrazione americana di Bill Clinton ha detto sì alle ricerche sugli embrioni umani, è in grado oggi di dirci la sua opinione su questa incandescente e delicatissima materia?

Veronesi: Devo dire che questo tema non era contemplato… tuttavia lo affronto volentieri.

Io non ho preso posizioni; la questione apre prospettive totalmente nuove, ma nel contempo apre i dilemmi, le incertezze, i contrasti; per questo va valutato profondamente, e il governo non può prendere posizione su un tema così importante attraverso un'unica persona, quale potrei essere io. Non sono un dittatore in campo della sanità e tantomeno nel campo delle grandi scelte etiche di un paese: ho creato una commissione di esperti, di persone al di fuori di ogni sospetto e di influenze, che mi daranno in qualche settimana il loro parere proprio sul recente rapporto Donaldson, ovvero su quanto delle proposte in esso contenute possono ragionevolmente essere trasferite nella nostra società.

Nel dibattito sul tema, ho letto cose incredibili, posizioni di giornalisti che affrettatamente hanno fatto titoli impressionanti, parlando di clonazione dell'uomo oppure di fabbrica di organi… niente di tutto questo; questo rapporto parla di cellule staminali, e di ricerche su queste cellule (*stamen cells research*), mentre la parola clonazione non compare nelle 57 pagine. Le cellule staminali sono quelle cellule che possono svilupparsi in direzioni diverse: sono le cellule primordiali, quelle più semplici, originarie, che si possono differenziare in tessuti diversi. Si chiamano anche totipotenti, perché sotto stimoli diversi, che sono i fattori di crescita, la cellula staminale può diventare la cellula di un sistema nervoso, una cellula epatica, una cellula pancreatica. Dove troviamo queste cellule staminali? Le possiamo recuperare dal nostro midollo osseo, però non funzionano molto nel senso totipotente; possiamo prenderle dal sangue del cordone ombelicale, sono cellule abbastanza originarie e quindi migliori di quelle del sistema nostro osseo; possiamo prenderle infine da un organismo adulto e riprogrammarle, con molta difficoltà. Ma la cellula staminale più efficace è l'uovo fecondato, che è una cellula che, spinta in direzioni diverse, può rapidamente diventare una cellula nervosa, una cellula epatica, una cellula pancreatica. Gli inglesi hanno fatto ricerche approfondite su questo tema.

Le cellule staminali sono importanti perché in questa prospettiva di scienza potrebbero curare – potrebbero, naturalmente, non abbiamo certezza – efficacemente e definitivamente malati di quelle malattie degenerative, malattie sostenute dal fatto che alcune cellule hanno perso la loro capacità. Ad esempio, il diabete giovanile è sostenuto dal fatto che le cellule pancreatiche che fanno l'insulina non funzionano più; il morbo di Parkinson è dovuto al fatto che una piccola parte del cervello, nella sua profondità, ha perso la sua capacità di funzionare; l'Alzheimer è dovuto al fatto che c'è una perdita di cellule a livello corticale; nella cirrosi epatica si perdono cellule epatiche; nello stesso infarto del miocardio, dovuto appunto al danno delle coronarie, molte cellule si sono perse. Ed ecco allora che se noi potessimo introdurre al diabetico delle cellule pancreatiche nuove potremmo guarire il suo diabete, se potessimo introdurre delle cellule nuove neoformate di tipo nervoso a un Parkinson potremmo guarirlo e così via.

La posta in gioco è gigantesca, perché si calcola che i malati gravi di queste malattie sono 400 milioni nel mondo... quasi un continente. Per questo gli inglesi hanno studiato in maniera approfondita, hanno steso questo documento e hanno concluso che l'ideale sarebbe utilizzare queste cellule. Si tratta di uova fecondate, cellule semplici, ovociti fecondati, che vengono detti per definizione antica anche embrioni: sono in realtà delle cellule molto disponibili a qualsiasi avventura. Questo dal punto di vista scientifico e dal punto di vista del documento redatto dagli inglesi: non ho ancora affrontato gli aspetti più delicati del problema.

L'opinione del comitato inglese è quello appunto di utilizzare la cellula: gli inglesi sono comunque consapevoli che non è una semplice cellula fecondata, ma che ha una potenzialità gigantesca, può diventare un uomo e quindi merita un'attenzione ed un rispetto particolare. Queste cellule fecondate possono essere create volutamente per questo utilizzo: questo è il punto del disaccordo con il mondo americano, che non accetta questa ipotesi; oppure possono essere utilizzate quelle che sono attualmente disponibili. In tutti i frigoriferi delle mille cliniche ostetriche del mondo ci sono milioni di embrioni in frigorifero, chiusi dentro: non è una novità, lo sanno tutti. Come mai ci sono questi embrioni chiusi nei frigoriferi? Perché nella pratica della fecondazione artificiale, che è una tecnica permessa ed eseguita in tutto il mondo ed eticamente accettata, quando in una coppia, che vuole figli, il seme maschile non riesce a raggiungere l'uovo, questo viene fatto realizzare in provetta, sempre con il maschio e la femmina della coppia, senza dunque nulla di eterologo; per fare questo vengono prelevate dalla donna alcune uova, se ne prelevano sei, sette, otto, perché una volta fecondate possano essere reinserite nell'utero e dare luogo quindi al frutto di questo accoppiamento. Però solo uno o due di questi embrioni vengono utilizzati e gli altri rimangono disponibili: non si sa cosa farsene, attualmente vengono congelati a 190° sotto zero e messi nei frigoriferi.

Quale sarà il destino di questa massa di embrioni congelati, di questi potenziali uomini che non diventeranno mai uomini? Poiché nessuno li vuole utilizzare a scopo procreativo, cosa se ne farà? Le idee sono confuse, nessuno sa cosa farsene, nessuno si è mai pronunciato chiaramente, persino il pensiero teologico è contraddittorio. Qualcuno ha detto "distruggiamoli", ma io non credo che sia una grande soluzione distruggere degli embrioni, cioé delle cellule già fecondate; altri hanno detto "no, non facciamo niente, lasciamoli dove sono, nei frigoriferi", ma è una formulazione ipocrita, perché tutti sanno che dopo un certo numero di mesi, di anni, questi embrioni finiscono per deteriorarsi e quindi per morire; ma allora è giusto destinare così ingloriosamente – questo è il parere del comitato degli inglesi – questi embrioni ad essere tolti dal frigorifero e buttati nel lavandino? È una soluzione barbara, ingiusta, per cui gli inglesi hanno detto: "Visto che questa cellula fecondata, questo embrione ha delle potenzialità per far vivere delle persone, per creare della salute, per salvare dalla morte e visto che in termini di finalità biologica queste cellule sono cellule che vogliono la vita, che vogliono raddoppiarsi, che vogliono creare un elemento vitale, allora il parere di questa commissione è che è meglio, anziché buttarle via, utilizzarle per uno scopo terapeutico".

Questo è in sostanza il rapporto Donaldson e il modo in cui il rapporto tenta di trovare una soluzione all'interrogativo su cosa fare di questi embrioni chiusi nei frigoriferi.

Mazza: Che posto hanno nella sua mente e nel suo cuore le preoccupazioni manifestate da un organismo pontificio, che immagino abbia letto il documento che lei ci ha illustrato, e che definisce gravemente illecita sia la scelta inglese sia quella americana?

Veronesi: È una posizione assolutamente in linea con il pensiero teologico della Chiesa, sarebbe assurdo che non fosse così. Io vi ho letto il documento di alcuni scienziati, ma ho anche detto che dobbiamo tener conto della sensibilità di tutti; è chiaro che una posizione teologica molto forte possa contestare questo documento, anzi debba contestarlo per essere coerente con se stessa.

Mazza: Di quanto tempo ha bisogno il ricercatore e professor Veronesi per convincere il ministro Veronesi a portare in consiglio dei ministri il sì a questa strada?

Veronesi: Non ho ancora considerato un'ipotesi di accettazione; mi sono limitato a creare un gruppo di esperti di tutte le estrazioni che possa valutare serenamente questo aspetto. Non posso fare altro; successivamente ci sarà un consiglio dei ministri, e poi un Parlamento che decide.

Mazza: Vorrei che su questo punto si esprimesse anche il presidente Formigoni.

Formigoni: Il problema ha anche una rilevanza politica, così come ha una rilevanza medico-sanitaria, una rilevanza scientifica, e una rilevanza etica; alcuni governi si sono già pronunciati, hanno preso una posizione, come il governo

Blair e il governo Clinton. È possibile, o addirittura pensabile, che altri governi, tra cui il governo italiano, possano prendere una posizione nei prossimi giorni.

In base alla documentazione che ho potuto brevemente acquisire, dal punto di vista etico e quindi dal punto di vista politico, il problema si pone sulla modalità di produzione di queste cellule staminali; se ho ben capito infatti, si può dare dal punto di vista scientifico una produzione di cellule staminali ricavandole da un embrione, cioè attraverso la generazione in laboratorio di un embrione, che poi viene sacrificato per ricavare queste cellule. C'è anche un altro modo di produrre le cellule staminali: esse potrebbero essere ricavate da individui adulti, senza provocare la morte dell'embrione. Su questi due metodi si gioca la differenza ed è in questa direzione che, da credente ma anche da uomo politico, io mi riconosco pienamente nella dichiarazione della Pontificia accademia per la vita resa ieri, che giustamente sottolinea che "l'embrione umano vivente, già l'embrione vivente, è un soggetto umano con una sua ben definita identità e non può essere e non può essere considerato un semplice accumulo di cellule. Come individuo umano ha diritto alla sua propria vita e quindi il prelevamento di porzioni cellulari, la cosiddetta ablazione della massa cellulare interna della blastocisti che lede gravemente e irreparabilmente l'embrione umano, è un atto gravemente immorale e gravemente illecito".

È questo il motivo per cui, senza volermi dare una competenza scientifica e tecnico-sanitaria che non ho, se fossi un parlamentare inglese o un parlamentare americano, mi opporrei con tutte le mie forze alle decisioni di Blair e Clinton, e se il governo italiano assumerà una posizione analoga, mi opporrò e ci opporremo con tutte le nostre forze a una decisione che andasse in questa direzione. Ho letto anche che l'Italia non è soltanto l'ultima ruota del carro in tanti settori, ma in alcuni settori è anche la prima ruota del carro: c'è un record italiano che mi sembra estremamente positivo il primato nella produzione di cellule staminali nei tessuti adulti, quindi attraverso embrioni che vengono rispettati nella loro esistenza pur dando vita alla produzione di cellule staminali; io posso soltanto, dal mio punto di vista, augurarmi che cresca e si intensifichi il numero e lo sforzo degli scienziati italiani in questa direzione.