

Rassegna del 16/04/2010

E POLIS - Fuori dal coro. Ru486, sulla pelle delle donne - Colomba Giorgio

Fuori dal coro

Ru486, sulla pelle delle donne

Giorgio Colomba



Gli effetti sono devastanti: indicibili nausee con vomito, pericolosissimi sanguinamenti, il 30% di possibilità di dover ricorrere ad interventi di completamento, un'angoscia che dura giorni e rischio di morte». Non atroce supplizio medievale, ma "semplice" fenomenologia della RU486, alias pillola abortiva. «E poi basta con le falsità. La Ru486 non aumenta la libertà della donna, ma solo quella di farsi del male. È come un cappio al collo del feto e ci mette 5 giorni ad asfissiarlo». Bagnasco? Cota? Zaia? Macché. Il verbo è di Severino Antinori, insigne ginecologo, presidente dell'Associazione Mondiale di Medi-

cina Riproduttiva, pioniere della fecondazione in vitro e vessillifero della clonazione umana. Non proprio quel che si dice un clerico-integralista, dunque. Che studia la materia da "appena" 4 decenni. Va giù pesante, l'epigono di Steptoe ed Edwards ("padri" di Louise Brown, prima nascita in provetta), precisando che «è stato il rischio di mortalità ad avere ridotto molto l'uso della RU486 in Paesi come Francia, o Australia, dove è quasi vietata, per non parlare della liberalissima Svezia. Ma in tv o su certi giornali questo non lo dicono». E come potrebbero? La pillola abortiva è ormai questione più politica che sanitaria. Ciò circa non solo e tanto la liceità della fornitura, ma anche e soprattutto la sede ove somministrarla. Non a caso, le maggiori resistenze al regime ospedaliero vengono da alcune Regioni "rosse". Sarà mica perché ricondurre

l'aborto alla dimensione privata consentirebbe sgravi alla sanità pubblica? Pecunia non olet. Né macchia, nonostante l'indubbia gravidanza (t)ematica. E chisseneffrega della trentenne svedese dissanguata sotto la doccia e dei 5 decessi in Inghilterra, solo per citare gli ultimi. È l'aborto domiciliare, bellezza... Neppure contemplato, però, dal totem della 194. Norma da sempre invisa ai "sanfedisti" ed ora, per motivi opposti, pure ai "sanculotti", che vorrebbero scardinare la "da sinistra". Ai quali si accoda con l'ennesimo outing - che barba - il "Secolo", sbattendo in prima pagina l'ultima sterzata paleo-femminista che esorta l'altra metà centrodestrorsa del cielo a diffondere la RU486. Col premier del futuro meglio gay che leghista, ultima astrazione by Bocchino, siamo all'eterogeneità dei Fini.

* www.giorgiocolomba.it



Rassegna del 16/04/2010

MATTINO NAPOLI - L'appello dei ginecologi "Formazione da potenziare" - Pirro Maria	1
CORRIERE DELLA SERA MILANO - Mancano ginecologi. Allarme in 5 ospedali - Ginecologi, cinque ospedali in crisi - Ravizza Simona	2

Il convegno L'appello dei ginecologi «Formazione da potenziare»

Maria Pirro

Più attenzione alla medicina di genere. È la richiesta che si leva al convegno nazionale «Contracezione, sessualità e salute riproduttiva» organizzato da Aogoi, Agite, Smic e Sccl, associazioni e società scientifiche di ginecologia e ostetricia. Al centro, la donna. E l'obiettivo salute. «Per affrontare numerose malattie, è fondamentale un approccio multidisciplinare. Va potenziata anche la formazione di noi medici specialisti», sottolinea Antonio Chiantera, docente di patologia ostetrica e ginecologica della Seconda Università di Napoli, segretario dell'Aogoi. L'associazione ha programmato a sue spese, a partire da giugno, un ciclo di lezioni sulle patologie cronico-degenerative.

«Pochi sanno che nelle donne molte malattie sono determinate da fattori diversi da quelli maschili», chiarisce Francesca Fiorillo, consigliere di Agite. Le problematiche cardiovascolari, per esempio. «Da sempre, erroneamente, sono

considerate una patologia specifica del sesso maschile. Invece rappresentano la prima causa di morte tra le donne», avverte Chiantera. Al riguardo, c'è un progetto in sinergia con la Fondazione Giovanni Lorenzini che punta a favorire la protezione globale della salute della donna attraverso percorsi di assistenza integrati, individuati per fasce d'età. L'altra proposta elaborata al convegno invece afferma l'importanza di «riorganizzare l'area ginecologica territoriale alla luce di un rinnovato rapporto tra ospedale e territorio».

Su questi temi, Cesare Cursi, senatore e responsabile della Consulta politiche sociali e sanità del Pdl, raccoglie subito la sfida. «Do la mia disponibilità ad avviare un percorso operativo, promuovendo un incontro con i presidenti della commissione Sanità di Camera e Senato», afferma. Intanto il convegno è l'occasione per discutere della legge 40 e della Ru486 e, fino a domani al Castel dell'Ovo, riguarda argomenti specifici, di aggiornamento scientifico. Presiede i lavori, Riccardo Arienzo; vicepresidenti Cristofaro De Stefano e Fabio Sirimarco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Castel dell'Ovo
Contracezione
e salute riproduttiva
esperti a confronto



SANITA'

Mancano ginecologi Allarme in 5 ospedali

A PAGINA 6 Ravizza

Allarme Ieri al via i test di specializzazione: gli aspiranti sono il doppio dei posti messi in palio dal ministero

Ginecologi, cinque ospedali in crisi

Bandi aperte ma mancano candidati. «Roma sorda alle esigenze lombarde»



Mancano ginecologi. Già cinque ospedali oggi sono in crisi: «E senza soluzioni tempestive a breve rischiano di non esserci più i medici necessari per sostituire chi va in pensione».

Per la prima volta i vertici delle società scientifiche di ginecologia della Lombardia, la Slog e l'Aogoi, puntano il dito contro le scelte del ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (Miur), colpevole — dicono — di mettere in palio troppo poche borse di studio post-laurea per preparare le nuove leve. L'accusa viene mossa nel giorno del via ai test per l'ammissione nelle Scuole di specialità: i neolaureati, ieri impegnati nella prova scritta, che aspirano a diventare ginecologi sono almeno il doppio rispetto ai 30 posti oggi disponibili in tutta la Lombardia. «Non ci è possibile formare i medici del domani per le scelte di Roma, spesso sorda alle esigenze della Lombardia anche per motivi economici (una borsa di studio vale 1.800 euro netti al mese, ndr) — denuncia Enrico Ferrazzi, vicepresidente

ta hanno aperto da mesi bandi di concorso per posti da ginecologo in corsia: ma i candidati sono difficili da trovare. E col tempo la situazione è destinata a peggiorare: «Il Miur ci ha messo a disposizione due posti in meno rispetto allo scorso anno accademico — sottolinea Mauro Busacca, primario di Ginecologia della Macedonia Melloni —. Già oggi vengono coperti con fatica i posti lasciati vuoti da chi va in pensione, in futuro non si riusciranno più a soddisfare le richieste». Mauro Buscaglia, portavoce milanese dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri (Aogoi) e primario di ginecologia del San Carlo, ammette: «Anche solo trovare un sostituto per una ginecologa che va in maternità è diventato un problema. I turni rischiano di restare scoperti per mesi».

Di qui l'appello rivolto a Roma: «Aumentare i posti nelle Scuole di specialità per ginecologia e ostetricia». Al Pirellone sarà aperto a giorni un tavolo tecnico per monitorare la situazione e fare pressing sul Miur per trovare soluzioni. Oltretut-

to il numero ridotto di borse di studio post-laurea per ginecologi concesse dal ministero dell'Università si inserisce in un problema più ampio che si trascina da tempo: «Alla Lombardia vengono complessivamente assegnati dai 60 agli 80 posti in meno nelle Scuole di specialità rispetto al fabbisogno stimato», ripete da anni il presidente di Medicina, Virgilio Ferrario. E avere pochi medici vuol dire anche e soprattutto avere meno cure per i cittadini.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

sidente della Società di Ostetricia e Ginecologia (Slog) e primario del Buzzi —. Così a viene messa a rischio l'assistenza alle donne negli ospedali».

Il Buzzi, l'ospedale di Sesto San Giovanni, il Bassini di Cinisello Balsamo, il Salvini di Garbagnate e l'ospedale di Magen-

La protesta

Enrico Ferrazzi, primario del Buzzi: «Viene messa a rischio l'assistenza alle donne negli ospedali»





La mafia della salute investe sui farmaci

Medicine contraffatte più redditizie della droga

DAL NOSTRO INVIATO A BASILEA (SVIZZERA)

ENRICO NEGROTTI

La contraffazione dei farmaci è un problema che tocca la salute dei cittadini, ma che attira l'attenzione della criminalità organizzata, che ha intravisto in questa attività l'occasione di profitti giganteschi. Il commercio di farmaci contraffatti è infatti un affare transnazionale che può contare sulla differenza tra le legislazioni nazionali che rende difficile perseguire i reati in modo uniforme ed efficace nei diversi Paesi. Per fornire uno strumento che faciliti gli Stati nel proteggere la sanità pubblica e nel perseguire come crimine grave la contraffazione dei farmaci, nonché per facilitare la collaborazione tra diversi Paesi e organizzazioni sovranazionali, è stata predisposta dal Consiglio d'Europa (Cde) la Convenzione contro la contraffazione dei medicinali (Medicrime), frutto della collaborazione tra Direzione europea della qualità dei medicinali (Edqm) e la Direzione generale dei diritti dell'uomo e degli Affari giuridici. La Convenzione, discussa nella conferenza internazionale («Cura senza contraffazione») che si conclude oggi a Basilea (Svizzera), dovrebbe essere approvata dal Consiglio dei ministri del Cde il mese prossimo e aperta alla firma il 25 novembre in occasione della conferenza del Consiglio d'Europa dei ministri della Giustizia, che si svolgerà a Istanbul (Turchia). Il problema è visto dal Consiglio d'Europa come una questione di tutela della sanità pubblica: la Convenzione Medicrime mira a indurre gli Stati a considerare

come reati penali alcune condotte che non sono unanimemente e coerentemente perseguite nei 47 Paesi che aderiscono al Cde. In particolare sono quattro: la fabbricazione di prodotti medicali contraffatti; la fornitura, offerta di fornitura e il traffico di prodotti medicali contraffatti; la falsificazione di documenti; la fabbricazione o la fornitura non autorizzata di prodotti medicali e la commercializzazione di dispositivi medici che non soddisfino i requisiti di conformità.

Sebbene gli esperti indichino il problema come crescente, è difficile ottenere stime ufficiali del fenomeno. Secondo Susanne Keitel, direttore della Edqm, negli Stati in cui la filiera della produzione e distribuzione dei farmaci è ben regolamentata (come Italia e Francia, per esempio) la presenza di medicinali contraffatti non supera l'1% del totale; si sale al 10-30% in Paesi dove le regole non sono così puntuali, ma - per tutti i Paesi - ha aggiunto Jan Kleijssen (direttorato della Definizione degli standard del Cde) si arriva al 50% nel mercato via Internet. Un dato impressionante è stato fornito dal belga Carlo Van Heuckelom, capo dell'Unità crimini finanziari e tecnologici dell'Europol: «Se per ogni euro investito in cocaina, i trafficanti ne possono guadagnare 16; ogni 60 euro impiegati in principi attivi farmaceutici possono rendere alle organizzazioni criminali fino a 150mila euro una volta trasformati in pastiglie e confezioni di farmaci». E quel che è peggio, si rischia una pena molto inferiore e la possibilità di essere condannati è altrettanto

bassa. Anche esponenti dell'industria farmaceutica, presenti alla Convenzione, pur non fornendo cifre ritengono adeguata la stima e sottolineano la enorme sproporzione tra i costi e i ricavi: per i farmaci iniettabili, chi intende contraffarli può usare semplice acqua colorata.

Il nostro Paese si trova in una condizione favorevole, sottolinea il comandante dei Nas dei Carabinieri, generale Cosimo Piccinno: «Se si esclude la vendita via Internet, sempre da sconsigliare, i canali distributivi ufficiali (farmacie e parafarmacie) sono sicuri al 99,9%». Anche in previsione della Convenzione Medicrime, l'attività dei Nas è apparsa un esempio in Europa: «Si può quasi parlare di modello Italia» ha concluso Piccinno.

Un euro investito in cocaina ne rende 16; 60 euro impiegati in principi attivi almeno 150mila



Competitive Care

When Italy's Lombardy region pitted private hospitals against public ones, the quality of care rose dramatically



Niguarda Hospital, a public facility in Milan, opened Italy's first center for minimally invasive surgery in March.

BY MARGHERITA STANCATI

MILAN—When California Gov. Arnold Schwarzenegger dropped in on Italy's fashion capital late last year, his focus wasn't just the city's designer shops. He was also intensely interested in the state-of-the-art local health system. With the U.S. searching for ideas about how to make health care more affordable, he said during a speech, "I hope we have a situation where the federal government...looks at the entire world, including this region here."

As the U.S. debates the proper roles for the public and private sectors in health care, Italy's Lombardy region suggests a way that encouraging competition between the two can improve health care overall. For the past 10 years, public and private hospitals in Lombardy have competed directly for patients, and in doing so have created what is considered by many to be one of Europe's most efficient health-care systems.

Walk-In Service

Like other European countries, Italy offers universal health-care coverage backed by the state. Italians can go to a public hospital, for example, without involving an insurance company. The patients are charged a small co-pay, but most of the bill is paid by the government. As a result, the great majority of Italians don't bother to buy private health insurance unless they want to seek treatment from private doctors or hospitals, which are relatively few.

Offering guaranteed reimbursements to public hospitals, though, took away the hospitals' incentive to improve service or rein in costs. Inefficiencies were rampant as a result, and the quality of Italy's public health care suffered for years. Months-long waiting lists became the norm for nonemergency procedures—even heart surgery—in most of the country. Big changes came in 1997, when Italy's national government decentralized the country's health-care system, giving the regions control over the public money that goes to hospitals within their own borders. The money still comes from the central government, which also determines what methods and drugs must be included in various treatments in order to meet national health-care standards. But each region now has the power to adopt additional quality standards, to set its own reimbursement rates, to decide which hospitals qualify for public funds, and to withhold reimbursement if hospitals don't meet the proscribed standards.

In much of the country, regions have continued to use the standards of care and reimbursement rates recommended by Rome. Some also give preferential treatment to public hospitals, making it more difficult for private hospitals to qualify for public funds. Lombardy, by contrast, has increased its quality standards, set its own reimbursement rates and, most important, put public and private hospitals on an equal footing by making each equally eligible for public funds. If a hospital meets the quality standards and charges the accepted reimbursement rate, it qualifies. Patients are free to choose between state-run and publicly funded private hospitals at no extra cost. Their co-pay is the same in either case. As a result, public and many private hospitals in Lombardy compete directly for patients and funds.

Commercial Spirit

One reason Lombardy took this path: Italy's prosperous North traditionally has had a more commercial spirit than the rest of the country. Indeed, many of the regional governments, by contrast, have an ideological prejudice against private health care. "When it comes to health care, there are still people who think public is beautiful and private is evil," says Walter Ricciardi, a professor of health-care management at Rome's Sacro Cuore University. Around 30% of hospital care in Lombardy is private now—more than anywhere else in Italy. And service in both the private and public sector has improved. Patients in Lombardy receive among the widest array of treatments in Italy, and are covered for a longer list of prescription drugs than almost anywhere else in Europe. Waiting times were slashed, too.

"Up to 10 years ago my patients had to wait months for heart surgery," says Ottavio Alfieri, a surgeon at Milan's private San Raffaele hospital and formerly in a public hospital. "Now, in Lombardy, it can be done almost immediately, in both state-run and private hospitals."

Marco Cozzoli, a top health-care officer in the regional government, says the public hospitals had to improve because they were no longer the only players on the field. Rooms and food were upgraded, for starters. At Milan's state-run Niguarda Hospital, for example, patients are no longer crammed into six-bed hospital wards, but stay in double rooms. As Pasquale Cannatelli, the head of the hospital, says, "People have certain expectations of services in private hospitals. State-run hospitals should be no different."

Private Upgrades

But private hospitals, too, upgraded services in order to qualify for reimbursements. Some built maternity wards, for example, with staffs of midwives and pediatricians, and delivery rooms with carefully monitored temperature and humidity levels. Other hospitals added emergency rooms—which are particularly costly—to earn additional payments.

Still, Lombardy has kept its health-care costs down, even with the additional services and upgrades. While most Italian regions tend to overspend their health-care budgets, Lombardy over the past six years has underspent its annual budgets by a total of more than €200 million (\$270 million)—money that the regional government has partly used to improve its health-care infrastructure further. Lombardy's public hospitals were under the most pressure to cut costs. In fact, this is the only region in Italy in which managers of public hospitals can be fired if they go over budget. Dr. Cannatelli says Niguarda Hospital no longer requires patients to stay overnight for routine surgery, such as cataract removal. This helps reduce costs.

Will Travel

Another reason Lombardy's per capita health-care costs are lower: Italy's other regions help pay the bills. The high quality of Lombardy's hospitals is known throughout the country, and Italians can seek medical care in any region they choose. While patients must pay their own travel costs, the home region pays their medical bills. This regional migration is greater in Lombardy than in any other Italian region, officials say: Around 10% of Lombardy's hospital patients come from elsewhere in the nation.

Some experts say giving patients this freedom—and placing health care in the hands of regional governments in general—creates disparities between hospitals in the rich North and poorer ones in the South. "It means fewer treatments" in the South, says Dr. Ricciardi, the professor in Rome. "When patients get sick, you can't respond properly. The rich and better organized regions benefit from the system, while the poor and less organized ones are harmed by it."

Without question, hospitals in Lombardy have benefited—both public and private. In 2009, Niguarda brought in €26 million (\$36 million) for treatment of patients from the rest of Italy, money it then reinvested in its facilities. The privately run San Raffaele earned €70 million.

It is patients, however, who have the most to gain. Today, it's difficult for people in Lombardy to even tell the difference between public and private hospitals. "Patients don't care whether hospitals are public or private—not at all," says Renato Botti, head of San Raffaele hospital. "All they want is good health care."

Ms. Stancati is a Wall Street Journal staff reporter in Rome.

L'interrogazione**Argentin: ora il commissario revochi il ticket per i disabili**

FINISCE in Parlamento la protesta contro il decreto del commissario di governo per la Sanità del Lazio, Elio Guzzanti, che introduce il ticket (il 30% della tariffa) sulla riabilitazione. «È inaccettabile», scrive in un'interrogazione la deputata Ileana Argentin (Pd), «così, si lede il diritto dei disabili alla salute».

Il decreto 95 (del 29.12.'05), slittato dal 1° al 30 aprile varrà per l'assistenza in regime residenziale (quella garantita anche di notte) e per quella diurna. «Anche in altre regioni», replica il ministro alla Salute, **Ferruccio Fazio**, «i cittadini partecipano alla spesa: è previsto da una norma del 2001 che nessun governo ha mai cancellato». «È un'iniquità», taglia corto il segretario della Cisl-Lazio, Tommaso Ausili, «che colpisce i più deboli». (carlo picozza)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La «farmacia del futuro» per gli anziani italiani: sempre più valida alternativa al medico generale

DA ROMA

Piccoli pronto soccorso, sempre aperti o aperti con orari flessibili, dove farsi medicare in caso di piccole ferite o ustioni, o dove effettuare i controlli di routine delle malattie croniche. Non solo esercizi dove acquistare farmaci, ma luoghi dove poter prendere contatto con infermieri o con fisioterapisti, o nei quali chiedere la consegna a domicilio dei farmaci o assistenza nella loro assunzione. È la fotografia della «farmacia del futuro» come la desiderano gli anziani, scattata da un'indagine di Federfarma e Assofarma

in collaborazione col ministero della Salute e presentata ieri a Roma ad un convegno sul ruolo della farmacia nel servizio sanitario nazionale. I risultati della ricerca confermano che gli anziani considerano i farmacisti una valida alternativa al medico generale nella gestione di piccoli disturbi. I punti deboli sono invece i turni degli esercizi, ritenuti insufficienti, o il dover tornare a ritirare i farmaci non immediatamente disponibili. Prevale dunque, tra gli utenti, la convinzione che le farmacie debbano investire sulla loro funzione di avamposto sanitario sul territorio, pur mante-

nendo il ruolo di distribuzione e controllo in campo farmaceutico. Come dati, emerge che ad andare una volta al mese in farmacia è il 41% dei 70-74enni italiani, il 35% dei 75-79enni e il 37% degli "over 80". Intervenuto al convegno, il ministro della Salute **Ferruccio Fazio** ha sottolineato come la realizzazione di un servizio sanitario territoriale e capillare sia realizzabile nel nostro sistema grazie a due dei suoi pilastri: i medici di medicina generale e le farmacie. «Proprio questi due servizi risultano i più graditi ai cittadini, con le farmacie al primo posto» ha dichiarato.



STAFF/LETTEREe-mail: ilmondo@rcs.it

La mappa completa dei parafarmacisti

Vorrei aggiungere alcuni dati a completamento della puntuale cronaca dell'incontro tra i rappresentanti dei titolari di parafarmacie e la Federazione degli Ordini dei Farmacisti, pubblicata sul *Mondo* 14. In realtà le tre organizzazioni citate non sono le sole a rappresentare i titolari di parafarmacia, vi sono anche Essere Farmacisti e Omnisalus, che invece hanno ritenuto, con sfumature diverse, che il concorso straordinario per l'assegnazione delle sedi vacanti, collegato alla revisione del quorum, possa essere una soluzione praticabile. Così come praticabile, anzi necessaria, l'hanno ritenuta l'associazione dei farmacisti non titolari, Assofanti, e le rappresentanze sindacali dei farmacisti che operano come collaboratore della farmacia, Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs, vale a dire alcune decine di migliaia di colleghi. Lo provano i comunicati stampa emessi dalle organizzazioni stesse. La Federazione si sta adoperando per trovare una soluzione condivisa nel rispetto di diritti acquisiti e legittime aspettative, e tenendo presenti le situazioni di disagio che sono venute a crearsi. Il tutto senza nervosismi e senza nessuna tensione polemica. Le polemiche, immotivate, le stanno facendo altri.

Andrea Mandelli, pres. Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani

Statuto speciale. Illegittimi i prelievi alle regioni autonome

Bocciato l'«anticipo» del federalismo

■ Niente «anticipazione del federalismo» con i soldi delle regioni autonome.

L'antipasto della riforma previsto dalla legge di conversione del decreto anticrisi di luglio (legge 102/2009) è stato bocciato ieri dalla Corte costituzionale. Nella sentenza 133/2010 (scritta dal giudice Gaetano Silvestri), i giudici hanno dato ragione a Valle d'Aosta e Provincia di Trento, che lamentavano di essere state scavalcate da un

procedimento unilaterale previsto dalla norma. Sotto la tagliola della Corte sono finiti entrambi i punti fondamentali del capitolo federalista della legge 102: la «rideterminazione» delle entrate proprie delle regioni autonome, per assicurare almeno 300 milioni per le spese sociali in tutta Italia (articolo 9-bis, comma 5), e il «riversamento» al bilancio dello stato, per finanziare la sanità, delle economie ottenute dalle regioni a Statuto speciale

nella spesa **farmaceutica** (articolo 22, comma 3).

Per entrambe le manovre, la legge aveva introdotto meccanismi di concertazione con le regioni autonome, che però non sono bastate a superare il giudizio costituzionale. Per rideterminare le entrate, era stato previsto un Dpcm da firmare dopo aver

ottenuto il parere della Conferenza stato-regioni e del tavolo di confronto sul federalismo, ma Valle d'Aosta e Provincia di

Trento hanno preteso, Statuti alla mano, un trattamento diverso. Ad Aosta, in particolare, Statuto e leggi attuative impongono un il passaggio tramite una commissione paritetica fra regione e governo e il parere positivo del consiglio regionale; a Trento (come a Bolzano) il meccanismo è diverso ma il principio è analogo, e si concretizza nell'obbligo di procedere a modifiche solo con «concorde richiesta del governo e, per quanto di rispettiva competenza, della regione o delle due province».

Nulla di tutto questo era previsto dalla legge 102, e le stesse lacune tornano all'articolo 22 che riversa al bilancio dello stato anche la quota di risparmi sulla spesa **farmaceutica** ottenuti nelle regioni a statuto speciale. Quello delle regioni "speciali" è un capitolo spinoso anche per l'attuazione della legge sul federalismo fiscale (42/2009), che nei decreti non potrà «incidere in modo unilaterale sull'autonomia finanziaria» di questi territori.

G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ormai è scontro aperto tra ricercatori e Gelmini

Senza modifiche al ddl, da settembre niente didattica

di Giulia Stella

La decisione votata all'unanimità nell'assemblea che si è tenuta ieri all'Università della Sapienza di Roma

ROMA. I ricercatori dichiarano ufficialmente guerra alla riforma del ministro Mariastella Gelmini: da settembre niente didattica, loro incroceranno le braccia mettendo a rischio una buona fetta dei corsi universitari. La minaccia era circolata già nelle scorse settimane, ieri è stata formalizzata con una mozione votata all'unanimità da decine di esponenti della categoria che si sono riuniti in assemblea alla Sapienza di Roma da tutta Italia.

L'incontro è stato promosso dal Coordinamento nazionale dei ricercatori universitari (Cnru) per fare il punto sulle mobilitazioni. Dopo tre ore di dibattiti e qualche divergenza interna (l'area piemontese e quella sarda erano inizialmente contrarie ad alcuni contenuti del documento finale), è arrivato il voto unanime su una mozione che annuncia la volontà dei ricercatori di non mettere più piede nelle aule universitarie per fare didattica, a partire dal prossimo anno accademico, se i contenuti del disegno di legge Gelmini, in discussione al Senato, non subiranno le modifiche necessarie a garantire a chi già oggi fa ricerca a tempo indeterminato negli atenei di poter fare carriera accedendo alla docenza.

La nuova normativa, infatti, con l'introduzione della figura del ricercatore a tempo deter-

minato, taglia le gambe a chi ha già un rapporto di lavoro stabile: per le nuove leve è previsto un percorso fatto di contratti a termine e abilitazione all'insegnamento che può portare, se il candidato ne ha i meriti, alla cattedra. Per i ricercatori storici restano i soliti concorsi che lasciano «poche speranze», lamentano i «cervelli», di fare carriera in università. Di qui la protesta che, spiega Marco Merafina, a capo del Cnru, «ha quattro motivazioni di base: il sottofinanziamento del sistema universitario che penalizza gli atenei anche in relazione al turn over, il problema della precarietà dei giovani, che resta irrisolto, il mancato riconoscimento del ruolo di professori agli attuali ricercatori e, infine, il prepensionamento coatto per i ricercatori con quaranta anni di contributi che, così vengono penalizzati rispetto ai docenti». Tutti problemi a cui la riforma del ministro in carica «non pone rimedio».

Ora i «cervelli» staranno a guardare cosa succederà al Senato, dove la commissione Istruzione sta vagliando il testo Gelmini. L'altro ieri è cominciato il voto sugli emendamenti con la prima doccia fredda: la maggioranza ha bocciato un emendamento del Partito democratico che consentiva di recuperare risorse (100 milioni per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012) per il sistema universitario. «La partita si giocherà an-



che alla Camera», ricorda Merafina, che ribadisce la contrarietà della categoria all'istituzione della terza fascia della docenza per poter sistemare il "caso" ricercatori. La proposta viene anche dal Pd che ha presentato emendamenti in tal senso al Senato.

«Il Pd fa una proposta autoreferenziale che noi bocchiamo - sottolinea Merafina - invece sono più vicini alle nostre posizioni alcuni emendamenti dell'Udc che speriamo passino». In caso contrario, se ai ricercatori non sarà garantita una possibilità di carriera, loro hanno già avvertito: niente più lezioni da settembre. Il relatore del provvedimento al Senato Giuseppe Valditara, comunque, ha già assicurato che si «studierà una soluzione, ma niente ope legis». I ricercatori vogliono «vedere i fatti».

La scienza

Dieta e longevità
meno di 1600 calorie
e si vive cent'anni

ELENA
DUSI

La ricerca: porzioni ridotte del 25%
così si accendono i geni della longevità

Calorie

Lunga vita a chi non supera le 1.600 al giorno

ELENA DUSI

PROMA
PIÙ che una dieta è una simulazione di carestia. Porzioni ridotte al minimo, calorie tagliate di un terzo, dolci e cereali non integrali banditi dal menù. Un regime così drastico, ribattezzato dalla scienza "restrizione calorica", mette l'organismo in regime di risparmio. Il metabolismo rallenta, i consumi si riducono al minimo, ogni goccia di energia viene centellinata. Il meccanismo è nato all'alba dei tempi per far sopravvivere gli esseri viventi nei periodi di carestia. Ma oggi la scienza è accorta che questo regime allunga la vita in maniera impressionante.

Un articolo oggi su *Science* fa il punto sui risultati della restrizione calorica: durata della vita triplicata in organismi unicellulari come i lieviti, raddoppiata nei moscerini della frutta, allungata del 40% nei topolini di laboratorio. Nell'uo-

Studio italiano su Science: con la dieta estrema addio a diabete, tumori e malattie di cuore

mo, arrivare a una soglia come quella delle 1.600 calorie rende il cuore efficiente come se avesse 15 anni di meno ed elimina le cellule di grasso responsabili di molte infiammazioni dei tessuti. Uno studio pubblicato l'anno scorso su *Science* ha messo a confronto due gruppi di macachi, uno lasciato li-

bero di nutrirsi e un altro sottoposto per vent'anni a restrizione calorica. Il tasso di mortalità fra i primi è del 50%, fra le scimmie tenute a regime solo del 20%. E fra gli esemplari non sopravvissuti, solo il 13% dei macachi a dieta rispetto al 37% di quelli mangioni e ammorto per una delle malattie tipiche delle civiltà industriali: tumori, diabete e malattie di cuore.

Lo studio di oggi è stato scritto dai tre massimi esperti di restrizione calorica. Fra loro c'è Luigi Fontana, che dirige il dipartimento di nutrizione e invecchiamento dell'Istituto superiore di sanità a Roma e fa ricerca anche alla Washington University. «Non so se riusciremo a portare la vita dell'uomo a cent'anni» spiega. «Ma possiamo guadagnare trent'anni di vita sana, arrivando senza malattie all'età di 80-90 anni».

La restrizione calorica non si basa sull'equazione fra meno cibo e forma migliore. Agisce piuttosto attivando una serie di geni legati al ritmo del metabolismo - e quindi alla durata della vita - che fanno parte di un meccanismo ancestrale comune a tutti gli organismi per difendersi dalla scarsità di cibo. «Nessuno pensa che una dieta simile possa diventare generalizzata» spiega Fontana, che da 7 anni segue una cinquantina di persone - rigorosamente volontari - sottoposte a restrizione calorica (c'è anche il direttore scientifico della Nasa). «Il nostro obiettivo è analizzare prima di tutto i segnali che l'ambiente invia alle cellule attraverso il cibo. Poi studiare le reazioni che il Dna mette in atto

per adattarsi. E infine individuare delle sostanze che agiscono su questo meccanismo e possano essere assunte sotto forma di far-

maci per produrre lo stesso effetto della restrizione calorica. Abbiamo già allo studio diversi fitocomposti. Negli Usa si sta investendo molto su queste ricerche».

Nell'estate del 2009 *Nature* pubblicò uno studio sulla rapamicina, una sostanza che allungò di un terzo la vita dei topi.

«È un immunosoppressore» spiega Fontana. «Somministrarlo agli uomini è impossibile. E non credo che si possa comunque prescindere da una dieta sana. Ma trovare una sostanza priva di effetti collaterali è l'obiettivo che perseguiamo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli effetti della restrizione calorica misurati nelle varie specie

Vermi

Aumento della durata della vita

2-3 volte



Mosche

Aumento della durata della vita

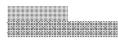
2 volte



Topi

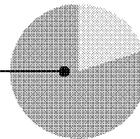
Aumento della durata della vita

30-50%

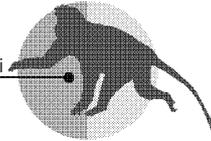


Scimmie studio su **76 macachi** all'università del Wisconsin: **dopo 20 anni sopravvivono**

80% dei macachi sottoposti a restrizione



50% dei macachi sottoposti a dieta libera



La restrizione calorica

Consiste nel ridurre del **25%** l'apporto di calorie consigliato che è

- 1800-2000 per le donne
- 2000-2200 per gli uomini

Le cellule adipose si riducono

sono responsabili di molte infezioni dei tessuti, che possono provocare malattie del cuore e tumori.

Il livello degli zuccheri

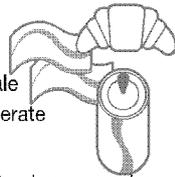
presenti nel sangue si abbassa. Scompare dunque il rischio di diabete

Il cuore

a 60 anni ha l'efficienza di un cuore di 45 anni

Vengono eliminati dalla dieta

- dolci
- pane bianco
- riso non integrale
- bevande zuccherate
- insaccati



La dieta viene fatta giorno per giorno con l'aiuto di un **computer** per **calcolare** con esattezza **le calorie**

Cosa accade nell'organismo

Lo stress causato dalla **mancanza di cibo** attiva alcuni geni legati al **metabolismo**



Questi geni "**rallentano**" le attività dell'organismo e lo fanno entrare in un regime di risparmio

